

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

31

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Novembre 1893, à heure

PAR

N.-J. MARCOPOULOS

Né à Céphalonie, îles Ioniennes (Grèce), le 18 Octobre 1865

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

GROSSESSE DITE PROLONGÉE

ET

RÉTENTION FOETALE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM.

{	FARABEUF.
	DEJERINE.
	VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4, Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

31

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mercredi 15 Novembre 1893, à heure

PAR

N.-J. MARCOPOULOS

Né à Céphalonie, îles Ioniennes (Grèce), le 18 Octobre 1865

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

GROSSESSE DITE PROLONGÉE
ET
RÉTENTION FOETALE

Président : M. PINARD, professeur.

FARABEUF.

Juges : MM.

DEJERINE.

VARNIER.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

SOCIÉTÉ D'ÉDITIONS SCIENTIFIQUES

PLACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

4 Rue Antoine-Dubois, 4

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL .
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale	DEBOVE.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée	LABOULBÈNE.
Clinique médicale	STRAUS.
Maladies des enfants	G. SEE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	POTAIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JACCOUD.
Clinique des maladies du système nerveux	N....
Clinique chirurgicale	GRANCHER.
Clinique des maladies des voies urinaires	N....
Clinique ophthalmologique	FOURNIER.
Clinique d'accouchement	CHARCOT.
	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
	GUYON.
	PANAS.
	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires :

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice :

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRE	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BAILLET	GAUCHER	MENETRIER	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SEBILEAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DEJERINE	MARFAN	REITTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE, — A MA MÈRE

« Profonde affection, »

A MON ONCLE

P.-N. MARCOPOULOS

« Affection et reconnaissance. »

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR PINARD

PROFESSEUR A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE LA FACULTÉ DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES MAÎTRES DES HOPITAUX

INTRODUCTION

« *Nunquam fere magis periclitatur
» fama medici quam ubi agitur de
» graviditate determinanda.* »

(VAN SWIETEN).

Ayant eu l'honneur de suivre pendant quelques mois, pour nos études obstétricales, le service de notre éminent maître M. le Professeur Pinard, à la clinique Baudelocque, nous avons eu l'occasion d'assister à un des cas les plus intéressants qu'on puisse rencontrer en obstétrique, tant au point de vue pratique qu'au point de vue théorique. Ce cas est celui d'une rétention fœtale prolongée. Il s'agissait d'un fœtus ayant succombé à terme et retenu ensuite dans la cavité utérine pendant un temps assez considérable.

Notre attention fut attirée sur ce sujet et les conseils de notre cher maître nous ont permis, malgré les difficultés, de prendre cette question importante d'obstétrique, comme point de départ de notre thèse inaugurale.

Si nous donnons à ce travail le titre « Grossesse prolongée et rétention fœtale, » c'est que nous ne voulions pas nous limiter à la partie clinique seulement, car, ayant obtenu cette nouvelle observation, ayant observé pour nous-même, nous avons cru qu'il

serait bon aussi de dire quelques mots sur « les prétendues grossesses prolongées. »

Certes nous n'avons pas la prétention de faire une étude complète sur cette question si intéressante, nous n'avons pas non plus la prétention de faire un travail original, car d'autres avant nous, certes autorisés, ont donné leur avis. Il résulte aujourd'hui de tous ces travaux que les « grossesses dites prolongées » ne trouvent plus de défenseurs, mais qu'au contraire les maîtres les plus autorisés, les professeurs les plus renommés rejettent absolument cette prétendue grossesse prolongée, ne l'admettant que dans certaines conditions pathologiques, que nous étudierons.

Avant d'aborder la division de notre sujet, nous sommes heureux de saisir l'occasion qui nous est offerte d'exprimer notre profonde reconnaissance pour les Maîtres qui nous ont guidés dans le cours de nos études.

Nous n'oublierons jamais que c'est en France que nous avons acquis nos connaissances médicales : et nous emporterons le meilleur souvenir de la cordiale hospitalité que nous avons rencontrée à Paris.

Nous nous empressons de témoigner publiquement toute notre reconnaissance à M. le Professeur Pinard, pour les précieux enseignements que nous avons puisés à ses savantes leçons ; de le remercier en outre de l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. le Professeur Agrégé Varnier, et à M. le Dr Lepage, chef de Clinique d'Accouchement, notre vive gratitude pour l'enseignement clinique qu'ils

n'ont cessé de nous prodiguer pendant notre séjour à la Clinique Baudelocque.

Nous adressons spécialement nos remerciements à M. le Dr Lepage pour les nombreux renseignements qu'il nous a donnés au cours de ce travail et l'obligeance qu'il a eue de nous remettre l'observation que nous publions.

MM. les Docteurs Wallich, chef de Clinique, Bouffe de Saint-Blaise et Potocki ont droit à tous nos remerciements pour les leçons qu'ils nous ont données, durant notre séjour à la Clinique.

Nous remercions spécialement M. Wallich de l'amabilité qu'il a mise de nous procurer l'observation de l'examen nécroscopique du fœtus, dont nous donnons les résultats dans l'observation de Rétention fœtale que nous rapportons.

Nous nous empressons d'adresser l'expression de notre profonde reconnaissance à notre cher Maître A. Ollivier, pour les conseils aussi précieux que bienveillants qu'il nous a toujours montrés, pendant notre année d'externat dans son service.

A notre éminent maître, M. le Dr Bucquoy, pour ses précieux enseignements de la clinique médicale.

A MM. les Drs F. Marchand, chirurgien à Saint-Louis, dont nous avons été l'externe, P. Berger, chirurgien à Lariboisière, toute notre vive gratitude et tous nos remerciements.

L'étude de notre sujet comprend cinq chapitres :

1° Dans le premier, nous faisons un long historique sur la durée de la gestation. Nous exposons toutes les opinions émises.

2° Dans le second nous donnons quelques observations, considérées comme grossesses prolongées et nous les discutons.

3° Dans le troisième, nous exposons une deuxième série d'observations cliniques en y ajoutant une nouvelle inédite, recueillie par M. le Dr Lepage, dans le service de notre maître, M. le Professeur Pinard.

4° Dans le quatrième, nous nous contentons d'exposer les difficultés de diagnostic différentiel, que la rétention fœtale compliquée de fibrome peut nous présenter.

5° Notre cinquième chapitre est consacré sur la conduite à tenir, en cas de rétention fœtale utérine.

Enfin, nous résumons notre travail dans les conclusions que nous avons pu tirer des faits.

Connaissant toutes les difficultés de notre sujet, nous ne nous dissimulons pas toutes les imperfections du travail que nous soumettons aujourd'hui à l'appréciation de nos juges ; aussi, réclamons-nous toute leur indulgence.

CHAPITRE I

Historique. — Opinion des auteurs.

La durée de la gestation a une telle importance au point de vue judiciaire comme au point de vue médical, qu'elle a préoccupé les praticiens dès les premiers temps de l'art de guérir. C'est ainsi qu'on trouve dans le plus vieux monument, de la médecine grecque, qui nous soit parvenu, un passage tout-à-fait caractéristique sur le sujet qui nous occupe : « Toutes les femmes qui s'imaginent avoir porté plus de dix mois (lunaires) (je l'ai maintes fois ouï dire) se sont trompées ». Plus loin, Hippocrate revient encore sur ce sujet et s'efforce de donner les raisons pour lesquelles la femme ne peut pas porter plus de dix mois. « Καὶ ταῦτα γίνεται ἐν δέκα Μήσιν το Μαυρότατον ».

Ainsi, dès cette époque reculée, les médecins savaient qu'il ne fallait pas ajouter foi à des erreurs parfois involontaires, mais le plus souvent intéressées. Cependant, comme ils agissaient plutôt par intuition, par empirisme qu'en se basant sur des faits en nombre suffisant et parfaitement démontrés, des doutes persistaient dont Aristote s'est fait l'écho. Dans son histoire des animaux, il dit que la femme peut avoir des grossesses de sept, huit,

neuf et dix mois et parfois de onze mois. Pline allait plus loin encore et admettait que la gestation pouvait durer une année entière.

Cependant, on lit dans les *Nuits attiques*, d'Aulugelle, que l'empereur Adrien avait admis comme maximum trois cents jours, et, en effet, c'est à cette opinion qui cadre assez exactement avec notre Code civil, que s'était ralliée la grande majorité des jurisconsultes romains. Soranus Aetius et la sage-femme Cléopatre adoptent les vues émises par Hippocrate. Censorinus, dans son *Jour natal*, penche aussi pour cette opinion, mais on peut voir, en parcourant son curieux ouvrage sur le jour natal, combien étaient confuses encore les opinions des contemporains sur ce point important.

Au lieu de s'appuyer uniquement sur l'observation des faits, beaucoup, principalement les philosophes, recouraient à des considérations astrologiques ou mathématiques bien propres à nous étonner. Cependant, il résulte des recherches auxquelles nous nous sommes livrés, que les anciens, tout en ayant les idées émises sur les grossesses de sept, huit et neuf mois qu'ils regardaient comme normales, avaient assigné une date assez exacte à la durée maxima de la gestation.

C'était aussi l'opinion des auteurs chrétiens du premier siècle de notre ère. La gestation de neuf (9) mois était encore admise comme telle par les écrivains religieux du premier siècle de l'ère chrétienne ; car dans l'Apocalypse d'Esdras écrite en l'an 97 av. J.-C., nous lisons : « Et le Seigneur me répondit et me dit : « Demande à la femme » enceinte si lorsqu'elle aura accompli les neuf (9) mois, » sa matrice pourra retenir son fruit en elle ? » Et je lui » dis : elle ne le peut pas, Seigneur ! »

Ambroise Paré, Guillemeau, Mauriceau n'admettent que des grossesses de dix mois (lunaires), et Dionis, qui s'inspire le plus souvent de leurs idées, s'exprime ainsi sur le compte des grossesses prolongées : « il ne faut, dit-il, jamais croire les femmes sur parole, mais il y a plusieurs causes d'erreur qui peuvent faire mettre en doute ce terme qui est très positif ». Et cependant telle est la force apparente contradictoire et dont la science a eu beaucoup de peine à trouver la véritable signification, que des praticiens d'un très grand mérite, tels que Bonaventure, Roussel, Levret, Eugenius, Antoine, Petit, ont admis l'existence des grossesses prolongées ; Deventer croit que celles-ci peuvent exister, mais à titre exceptionnel.

Ainsi Deventer, Petit, Levret, se montrent partisans des grossesses de plus de neuf mois, bien qu'ils déclarent le fait exceptionnel ; il n'est pas donc étonnant de voir Baudelocque et ses successeurs immédiats, Capuron, rester dans le doute. Fabrot Røederer, Haller regardèrent dans leurs écrits les grossesses de dix mois comme fabuleuses, Haller, qui était, comme on le sait, en même temps qu'un physiologiste hors ligne, un médecin légiste distingué, pense qu'il ne faut jamais admettre qu'à l'état normal la grossesse puisse se prolonger au delà de la durée légale, à moins qu'il n'existe un état pathologique tenant au fœtus ou à la mère.

« *Seriosos ego futo neque nunquam admittendos, nisi manifestissima ratio adsit retardationis in aliqua chronica matris ægreditudine.* »

Mais ce qui s'est élevé avec le plus d'abondance contre l'opinion tendant à admettre que la grossesse pouvait se prolonger au-delà du terme généralement accepté,

c'est un événement important qui donna lieu à une discussion fameuse dont nous allons relater ici les principaux incidents : En 1763, le parlement de Rennes fut saisi du procès que voici : une femme était accouchée 300 jours après la mort du mari, l'enfant était-il légitime ou non ?.. En cette circonstance embarrassante les juges demandèrent l'avis du célèbre Louis, qui déclara qu'il était impossible d'admettre la légitimité de l'enfant... C'est à ce sujet qu'il fit paraître son célèbre mémoire contre les naissances tardives : « Les lois de la nature sur le terme » de la naissance sont constantes et immuables ; tous » les naturalistes depuis Aristote conviennent de cette » vérité à l'égard des animaux, il doit pareillement y » avoir un terme fixe pour la naissance d'un enfant. »

L'observation clinique offre parfois de telles obscurités qu'on se décida à chercher à résoudre par la physiologie expérimentale :

Willer, expérimentant sur des poulets, vit que l'éclosion des œufs de poule variait de 18 à 25 jours. Teissier expérimenta sur les vaches et vit que le terme de la conception pouvait aller de 247 à 290 jours ; Merrimann et Murphy trouvèrent des oscillations un peu moins fortes.

Baudelocque, Gardien, Capuron, n'offrent rien d'intéressant sur ce sujet.

En 1829, Velpeau fit paraître un mémoire « contre le faux travail de l'enfantement, » et voici comment il s'exprime : « C'est malheureux, dit-il, que les preuves rapportées par les praticiens et les observateurs, quoique très » fortes, ne soient pas mathématiques ou de nature à » entraîner une conviction entière. » — Cependant, malgré cette incertitude qu'explique la physiologie, la grande majorité des auteurs s'est rangée absolument à l'opinion

exprimée par nos Législateurs dans le Code civil. Prenons, par exemple, l'opinion de Scazoni, elle est entièrement favorable à l'idée généralement reçue.

Nøgelé et Grenser sont du même avis.

Les statistiques relevées par divers accoucheurs font pencher également la balance de ce côté.

Ainsi Duncan, sur 151 cas, a vu l'accouchement se faire entre le 270^e et le 278^e jour. Sauf dans un cas, il a pu presque toujours prédire d'avance la durée de la grossesse. Veit a examiné 939 femmes ; Berthold, 580 ; Reid, 500 ; eh bien, ces auteurs affirment que l'accouchement a eu presque constamment lieu la quarantième semaine, c'est-à-dire entre le 274^e et le 280^e jour après la dernière menstruation. Sur 109 cas, Hecher, de Munich, et Ahlfed, de Leipsig, sur 916 cas, ont trouvé même une moyenne un peu moins forte que la précédente. Suivant eux la naissance se faisait le plus souvent dans la 39^e semaine après la dernière menstruation, c'est-à-dire du 267^e au 273^e jour.

Suivant Mattei, la grossesse dure 285 jours. Les grossesses qui n'ont pas lieu au 285^e jour, sont des grossesses tardives. Il dit dans ses conclusions : « Mon observation personnelle et surtout les faits consignés dans les deux premiers volumes de ma clinique obstétricale, m'autorisent à dire que la moyenne de la grossesse est environ de 265 jours chez la femme. » Il ajoute que le chiffre de 280 jours, fixé par Hippocrate comme limite extrême, peut être dépassé.

Cazeaux n'admet, comme terme normal, que neuf mois. Toute naissance qui a eu lieu après le 270^e ou 280^e jour, doit compter pour une naissance tardive.

Dubois soutient que la durée totale de la grossesse est de neuf mois.

Casper rejette complètement les grossesses prolongées et se moque assez lourdement, du reste, des cas de Taylor, de Klein et de Foderé.

Naegelé admet comme terme d'accouchement celui qui se fait au 280^e jour. Pour lui, grossesse prolongée c'est la grossesse qui se prolonge jusqu'au 294^e jour et il ajoute que dans ce cas c'est un accouchement tardif et non pas une grossesse prolongée. « Dans la plupart des cas de grossesses au-delà du 294^e jour, il y avait des erreurs de diagnostic. »

Depaul — dans ses cliniques obstétricales — dit qu'il est difficile à l'accoucheur de préciser l'époque de la conception. Cette difficulté rend presque impossible la recherche de la durée de la grossesse ; il n'accepte comme durée de la gestation que 265 à 270 jours, et il n'a jamais vu, dit-il, ce terme dépassé que lorsqu'un obstacle existait et s'opposait à l'accouchement.

Sur 30 cas dans lesquels il a pu obtenir une date certaine sur le début de la grossesse, il a toujours vu l'accouchement se produire du 265^e au 270^e jour.

Stolz n'admet point non plus les grossesses prolongées. La grossesse ne peut se prolonger, dit-il, plus de 15 jours en ne comptant pas la durée du travail. Pour lui les grossesses dites prolongées dépendent toutes d'un obstacle mécanique à l'accouchement.

Les exemples qu'on a voulu prendre chez les animaux ne peuvent pas s'appliquer à l'espèce humaine, quoique dans cette dernière le point de départ de la grossesse, le moment de la conception soit plus difficile à saisir que dans les espèces animales de la classe des mammifères, et notamment chez celles chez lesquelles la grossesse a à peu près la même durée que chez

la femme ; il n'est cependant pas si rare de connaître la date exacte du coït fécondant pour que l'on ne puisse pas avoir quelque confiance dans les observations qui ont été faites sur l'espèce humaine.

Or, il résulte de ces observations que la grossesse ne peut pas se prolonger au-delà de 15 jours, quelles que soient les circonstances qui la fassent durer au-delà du terme ordinaire. Mais il ne faut pas compter les jours du travail d'expulsion qui peut durer quelquefois jusqu'à 6 (six) jours, il ne faut pas compter non plus les empêchements mécaniques de la naissance définitive.

Enfin, il n'admet la gestation prolongée que dans le cas de *prolongation* du travail d'*obstacle* mécanique et de *mort* du fœtus.

Le terme de 300 jours fixé par la loi française dépasse l'extrême limite.

Gaston, dans sa thèse de Doctorat intitulée « Nouvelles » recherches sur la durée de la grossesse, ses rapports » avec la conception, l'ovulation et la menstruation » (thèse soutenue en 1875 devant la Faculté de Paris), reposant sur 80 observations personnelles, recueillies avec soin à la Clinique d'accouchements et soigneusement analysées, est arrivé aux conclusions suivantes : « La » grossesse n'a pas une durée qui soit la même pour » tous les cas ; le plus habituellement, elle dure de 267 à » 274 jours. »

C'est l'opinion émise aussi par Schmit qui, dans sa thèse sur « des grossesses prolongées, » réunit toutes les observations publiées pour des grossesses prolongées qu'il discute longuement et dont il fait une étude analytique et critique.

Il ne trouve pas un fait qui soit digne de foi et capable

d'inspirer la conviction. Il démontre qu'il s'agit d'une fausse interprétation, il regrette absolument les grossesses prétendues prolongées et il arrive aux conclusions suivantes :

1° Les grossesses prolongées n'existent pas.

2° Les observations que l'on a rapportées comme telles, ne relatent que des faits, dans lesquels il y a eu des erreurs dans la date de la conception, et où l'accouchement, lorsqu'il a eu lieu au-delà du terme normal, a été retardé par une cause de dystocie variable, résidant soit dans le bassin, soit dans l'excès de développement ou dans la position du fœtus.

3° L'excès du développement du fœtus qu'on observe quelquefois au terme de la grossesse, ainsi que le prouvent les faits que nous avons rapportés, ne peut donc nullement être attribué à la prolongation de la gestation : « Il en est la cause et non l'effet. »

Des conclusions précédentes, découle par le fait, une application médico-légale que nous ne pouvons passer sous silence.

» 4° Le terme de trois cents jours, fixé par l'art. 315 » de la loi, pour la légitimité d'un enfant, dépassé par » conséquent la durée la plus longue des grossesses » ordinaires, » etc.

Deux ans plus tard, en 1878, le Dr Villard, qui a fait paraître sa thèse inaugurale « sur la Rétention du fœtus mort dans l'utérus après le temps normal de la grossesse », discute aussi les grossesses dites prolongées. Il accepte complètement les opinions et les conclusions du Dr Schmit, et démontre par une série d'observations concluantes que la gestation peut se prolonger au-delà du terme normal, mais seulement dans le cas de fœtus mort, en d'autres termes dans le cas de « Rétention fœtale prolongée. »

M. le Dr Muller, de Nancy, est plus exclusif et il va plus loin : il n'admet la prolongation de la grossesse que dans les cas de gestation extra-utérine.

En 1881, paraît un mémoire intéressant du Dr Estachy, de Marseille. Dans ce mémoire intitulé : « Critique médicale des grossesses dites prolongées », le Dr Estachy fait une étude très complète de la question qui nous occupe.

Il cherche à établir quelles pouvaient être les causes de ces retards, de ces prolongations de gestation plus ou moins réelles.

Dans son introduction il nous dit : « Ayant eu plusieurs fois dans ces dernières années, l'occasion de constater des retards plus ou moins considérables dans l'accouchement, alors que tous les calculs, toutes les probabilités m'engageaient d'admettre qu'il aurait dû avoir lieu plus tôt, je me demandai quelles pouvaient être les causes de ces retards, de ces prolongations de gestation plus ou moins réelles.

» Sachant bien que le hasard n'existe pas, de quelque nom qu'on l'appelle en philosophie comme en théologie, et même en médecine, n'ignorant pas que tout a une cause, que tout a un effet, et que c'est à nous qu'il appartient de rechercher et de trouver les causes et les effets, je parvins, au moyen d'interrogations faites avec soin, d'examens minutieux, d'observations suivies, à conclure que ces retards, ces prolongations de gestation, quelquefois plus apparentes que réelles, ne tenaient qu'à certaines causes de mogostocie maternelle et de dystocie fœtale. »

M. Estachy a observé que sur vingt-quatre cas, l'accouchement eut lieu quand la grossesse fut arrivée à la 39^e—

40^e semaine, c'est-à-dire du 267^e au 280^e jour, et le plus souvent (pour seize cas) dans la 39^e semaine, c'est-à-dire du 267^e au 273^e jour. « Nous avons toujours pris pour » base de notre calcul approximatif, l'époque de la dernière menstruation, et nous avons compté depuis le » dernier jour, c'est-à-dire du jour de la cessation des » règles, jusqu'à celui de l'accouchement, en ajoutant » quinze jours.

» Dans le cas où l'accouchement eut lieu au-delà du » 280^e jour, comme nous le dirons plus tard, nous avons » toujours constaté des causes suffisantes pour nous expliquer une prolongation de gestation. »

M. Estachy, en plus de ses 24 observations personnelles (dont nous publions trois), a recueilli plusieurs cas intéressants dus à divers auteurs, partisans des grossesses prolongées. Il les analyse, les critique, il démontre qu'il s'agit de fausses interprétations de ces faits, et il met en évidence les erreurs constantes dans lesquelles tombent chaque fois les partisans des grossesses normales prolongées et il arrive aux mêmes conclusions que le Dr Schmit.

Puis, M. Estachy, continuant à développer ses conclusions, entre dans un autre ordre d'idées, et aborde en ces termes la question médico-légale :

« Si, aujourd'hui, le Code était à reviser, il est fort » possible, malgré tout, que le législateur n'accepterait » plus les termes fixés par les articles 342 et suivants ; » car les données scientifiques sur lesquelles se basaient » les législateurs du commencement du siècle, « ne sont » plus tout-à-fait celles que la science fixerait de nos » jours.

» Pour nous qui examinons la question au point de

» vue purement scientifique, nous ne craignons pas de
» dire que le législateur est allé trop loin. En tenant
» compte de la vérité scientifique, il pourrait admettre
» une autre rédaction et fixer un terme inférieur au
» trois-centième jour ; car, nous le répétons, il pourrait
» tout aussi bien couper court aux désirs ardents des uns,
» et aux attaques passionnées des autres en tenant compte
» de la vérité scientifique que des hommes aussi éclairés,
» aussi éminents que les Depaul, les Pajot, les Stolz, les
» Naegelé, les Cosper, etc., démontrent tout aussi bien
» dans leur grand enseignement que dans leurs ouvrages.

» La jurisprudence devrait donc, en s'étayant sur les
» données scientifiques actuelles, réduire le terme de trois
» cents jours et n'admettre comme naissances tardives,
» que celles qui seraient la conséquence indéniable de
» causes dystociques effectives, minutieusement recher-
» chées et rigoureusement démontrées par expertise. »

M. le Dr Geo-Engelmann a publié plusieurs travaux sur la gestation. Or, il n'a jamais vu une gestation se prolonger au-delà de 270, 275 jours, 280 jours terme maximum, 270 moyenne.

En 1880, il publia un mémoire intitulé « Moment de la Fécondation et durée de la Gestation. » Dans ce mémoire fort intéressant, nous avons trouvé les deux cas suivants dans lesquels le moment de la fécondation était absolument connu :

« Dans le premier cas, il s'agit d'une jeune fille de 22 ans,
» bien développée et bien réglée. Le 4 juin attendait ses
» règles. Cède à son séducteur, avec lequel elle n'eut
» qu'un seul rapport, puis retourna chez elle bientôt
» après. — Les règles attendues ne vinrent pas ; une

» grossesse normale suivit son cours et, le 2 mars, c'est-
» à-dire deux cent soixante-douze jours (272) après la
» fécondation, l'accouchement se fait. »

2^e CAS. — « Jeune fille de 24 ans, bien développée,
» santé remarquable, se livra pour la première fois le
» 24 juillet; date de la dernière menstruation qui avait
» précédé le premier coït inconnue; quoiqu'il en soit, elle
» n'a jamais été menstruée depuis; elle eut encore un
» seul rapport vers la fin du même mois.

» Elle accoucha le 2 mars, c'est-à-dire deux cent qua-
» rante deux jours (242) après le premier coït, et mit au
» monde un bel enfant, plein de santé et bien développé
» qui, sauf des différences extrêmement légères, pourrait
» passer facilement pour un enfant à terme. »

Le Docteur Engelmann, entres autres, fait la remarque
suivante : « à l'égard de la durée de la grossesse, c'est
surtout le cas I, qui offre de l'intérêt, bien qu'il soit
extrêmement intéressant de voir que dans le cas II, où
la conception a eu lieu juste un mois après le 24 juillet
(cas I, le 4 juin), l'accouchement s'est fait le même jour,
le 2 mars.

En 1890 il y a eu lieu à la Société Obstétricale de
Paris, une discussion à propos de deux cas, présentés
M. le Dr Greslou.

M. Greslou a rapporté deux cas d'accouchement retar-
dés qu'il considère comme des grossesses prolongées.

Nous croyons inutile de publier ici les observations de
ces deux cas, car nous les discuterons plus loin. Les idées
de M. Greslou eurent peu de succès, et à ce propos
M. Porak ajoute :

« J'ai relevé un certain nombre d'observations où le coït » fécondant unique pouvait être fixé chez des personnes » bien réglées, et comme durée plus longue de la grossesse j'ai toujours trouvé 287 jours et dans le plus grand » nombre de mes observations elle oscille entre 270 à 275 » jours » et il ajoute : « En ville on est beaucoup plus » certain des renseignements fournis : je ne puis relater » que quelques cas où je crois pouvoir accorder toute » confiance aux dates qui m'ont été confiées, dans un cas » il s'agit d'une dame qui a eu trois enfants. »

Pour les deux derniers on est certain du moment où a eu lieu la conception. A. son second enfant le rapport fécondant eut lieu le 5 mars 1884, les D. R. avaient eu lieu du 23 février au 1^{er} mars. L'accouchement se produisit le 5 décembre 1884, soit 275 jours après. — Il s'agissait d'une fille pesant 3 k. 654 grammes.

b') — A son troisième enfant les D. R. ayant eu lieu du 23 au 27 mai, le rapport fécondant remontait au 5 juin 1885, et l'accouchement eu lieu le 3 mars 1886.

La durée de la grossesse était donc de 276 jours.

L'enfant, un garçon, pesait 3 k. 443 grammes. Moins de 200 grammes que la fille née précédemment. La différence du poids, malgré que la durée de la grossesse ait été semblable dans les deux cas, s'expliquait d'ailleurs facilement par l'existence d'ilots placentaires fibrineux.

Pour le premier enfant de cette dame, la durée de la grossesse n'a pas pu être déterminée, mais le premier né, un garçon, pesait presque le même poids que le second enfant, ce qui fait croire que la durée de la grossesse a été la même. »

M. le professeur Tarnier n'a jamais vu la gestation se

prolonger au-delà du terme normal : il ne l'a jamais vu dépasser le neuvième (9^e) mois. « Il n'y a guère d'observations, ou celles qui existent prêtent à la discussion. »

Enfin M. Tarnier ne la croit possible que « dans le cas de grossesse extra-utérine, de rétention du fœtus mort dans la cavité utérine ou d'obstacle siégeant au niveau du col et empêchant l'accouchement. »

Notre maître, M. le professeur Pinard, n'admet pas qu'une grossesse physiologique puisse se prolonger au-delà du terme normal, fixé par la nature, qui est pour tous les cas presque toujours le même, pour lui, ce terme peut varier de 265-70-75 jours, 280 jours maximum. Il rejette absolument tous les cas de prétendues grossesses prolongées. D'après lui, il n'existe de grossesses prolongées, que dans le cas de grossesse extra-utérine, dans le cas d'obstacle du col.

Dans sa longue pratique civile et hospitalière, le savant accoucheur n'a jamais vu une grossesse se prolonger au-delà du 280^e jour (terme le plus long).

Il réunit 60 cas où il n'y avait eu qu'un seul coït, ces cas étant relatifs soit à des filles n'ayant eu qu'un seul rapprochement soit à des femmes mariées dont les maris étaient absents depuis longtemps avant le dernier rapprochement, la moyenne a été de 262 jours. »

Comme on vient de le voir, la plus grande majorité des auteurs, ceux qui ont le plus de réputation et d'expérience, rejettent absolument cette idée, des gestations normales prolongées. Cependant, on a continué de publier de temps à autre, des faits qui ont paru démentir l'opinion généralement reçue.

Nous croyons inutile de citer toutes les observations qui ont été rapportées jusqu'à ces derniers temps.

On les trouve dans le travail du docteur Schmit, et dans l'étude du docteur Estachy.

Nous nous bornerons à relater ici quelques-unes des plus récentes.

Elles nous permettront de mieux faire comprendre les arguments des praticiens, qui se sont montrés partisans des grossesses prolongées, mais nous verrons que, malgré la force apparente de quelques-uns de ces arguments, ils ne résistent pas à un examen détaillé et rigoureux.

CHAPITRE II

Analyse et critique. — Quelques observations.

OBSERVATION I

(Société obstétricale de Paris, 1890. Observation rapportée par M. le Dr Greslon).

Madame X., 32 ans, bien réglée, secondipare, est accouchée il y a 7 ans d'une fille, actuellement vivante, et pesant à sa naissance 2 k. 520 gr. Au dire du médecin qui l'assista alors, Madame X. aurait dépassé d'une quinzaine de jours le terme de sa grossesse..??

En décembre 1888, elle fit une fausse couche de 3 mois, le fœtus était, paraît-il, mort depuis quelque temps.

Le 9 juillet 1889, à la date accoutumée, Madame X. eut ses règles qui durèrent le temps à peu près habituel et le 15 elles étaient terminées. Vers le 19 de ce mois commencèrent à se manifester les symptômes ordinaires d'un début de grossesse : Nausées, vomissements le matin à jeun, malaises; et le 27, madame X. s'aperçut en ne pouvant boutonner une robe qu'elle ne portait pas journellement, que sa taille avait légèrement augmenté de volume.

Le 9 août, écoulement léger de sang qui dura à peine deux jours, contrairement à la durée habituelle, six jours.

Rien en septembre.

Le 6 octobre, nouvelle et très courte apparition de sang, pour ainsi dire insignifiante.

Madame X., malgré ces quelques traces de sang en août et en octobre, s'imagina avec raison être enceinte depuis le mois de

juillet. A partir du mois d'octobre, elle cessa complètement de voir ses époques.

La grossesse évolua normalement, sauf quelques malaises, et au mois de novembre Madame X... vient me prier de me charger de son accouchement, dont nous fixâmes la date probable aux environs du 20 avril.

Les mouvements fœtaux avaient été perçus pour la première fois le 19 octobre.

Le 16 décembre, Madame X... trouvant que son développement n'est pas en rapport avec l'âge de la grossesse (5 mois environ) vient me consulter ; je remarque en effet un développement utérin au-dessus de la moyenne pour l'époque correspondante de la grossesse : les bruits cardiaques sont très faibles et très difficiles à percevoir.

Dans le courant de janvier 1890, je revois Madame X... et j'entends distinctement les bruits du cœur fœtal.

Le 6 mars, à l'examen par le palper, je suis frappé du petit volume et de la mobilité de l'enfant, lesquels lui permettent de changer facilement de présentation pendant mon examen.

Le 11 mars au matin, je suis appelé auprès de ma cliente qui a commencé à ressentir les douleurs régulières et intermittentes d'un début de travail : cependant, au toucher, je trouve le col normal et sans aucune modification en rapport avec ces phénomènes.

Je reste plusieurs heures auprès de Madame X... puis les douleurs s'atténuant, je me retire : Depuis ce jour jusque vers le milieu d'avril je fus appelé une douzaine (12) ! de fois environ, pour des phénomènes analogues, simulant un commencement de travail, durant chaque fois plusieurs heures, mais sans être accompagnés d'aucune modification dans la longueur du col, dont l'orifice interne devint cependant peu à peu perméable au doigt qui atteignait la tête fœtale.

Dans les premiers temps de leur apparition, ils se répétèrent plusieurs fois par semaine, et furent une fois accompagnés d'hydrorrhée probable, car l'écoulement du liquide ne continua pas. A partir du milieu d'avril, ces symptômes devinrent rares et à peu près insignifiants ; je ne fus plus appelé.

Le terme présumé de la grossesse (20 avril), se passa silencieusement à mon étonnement, et à celui de ma cliente, que je vis à cette époque.

Le 17 mai, au matin, Madame X... recommençant à souffrir de la même façon, me fait appeler, et je constate une dispa-

rition à peu près complète du col, qui n'est cependant pas tout à fait effacé, mais perméable.

La malade a perdu un peu de liquide. Le volume du ventre n'excède guère celui d'une grossesse au terme ordinaire. Enfin, le 18, à 4 heures 1/2 du matin, je suis appelé de nouveau.

Douleurs fortes et caractéristiques, effacement complet du col. Dilatation de quelques centimètres et issue d'un peu de liquide amniotique teinté de méconium. Membranes rompues latéralement, car je sens pendant les contractions une poche d'eau qui se rompt spontanément avant la fin de la dilatation.

Cependant, jusqu'à 4 heures du matin, Madame X. n'a jamais cessé de bien ressentir les mouvements fœtaux et je suis rassuré, par la perception des battements cardiaques normaux.

A 8 heures, Madame X. accouche en présentation du sommet, après un travail normal et d'assez courte durée, d'un garçon vivant quoique rendant du méconium pur.

Poids 3 k. 370 grammes. Longueur 50 centimètres.

Le cordon formait une circulaire autour du cou.

Expulsion naturelle un quart-d'heure après d'un placenta volumineux.

L'accouchement a eu donc lieu 307 jours exactement après la fin de la dernière période menstruelle, à compter du dernier jour de cette période et après 10 époques menstruelles révolues.

Les premiers symptômes de la grossesse se sont manifestés vers le 19 juillet et celle-ci s'est terminée le 18 mai : ce qui lui donne vraisemblablement une durée d'au moins 303 jours. Il est à remarquer que l'enfant, pour avoir été porté dix mois, est d'un poids très ordinaire. Mais son poids et son volume, s'ils contrastent avec la durée de la gestation, sont bien en rapport avec son développement très lent, que j'avais constaté pendant la grossesse.

L'auteur se base pour admettre un début de grossesse vers le mois de juillet sur la dernière époque menstruelle.

En effet, M^{me} X. a eu ses D. R. le 15 juillet, mais voilà tout ce que l'on sait sur l'époque de la conception : M^{me} X. a pu donc devenir enceinte du 15 juillet au 14 août (c'est à dire entre la dernière époque menstruelle et la prochaine époque supprimée)... Rien ne nous prouve qu'elle n'ait pas

conçu à cette dernière date : voilà donc erreur de 29 jours qu'on peut commettre dans le calcul de la durée de la grossesse.

Les symptômes que M^{me} X. a éprouvés vers le 19 juillet, sont des symptômes dits sympathiques. Mais à ces phénomènes, appelés du reste par tous les accoucheurs, signes de présomption, nous ne pouvons accorder aucune valeur réelle. Diverses causes, n'ayant aucun rapport avec la grossesse, peuvent déterminer ces perturbations.

Tout le monde connaît les exemples rapportés par les accoucheurs les plus renommés, qui se sont trompés en voulant fixer le début de la grossesse.

Puis dans cette observation, nous voyons que la marche, l'évolution de ces symptômes est vraiment surprenante : « M^{me} X. a eu ses D. R. du 9 au 15 juillet : le 19, a éprouvé les phénomènes sympathiques, et le 27 du même mois, elle a remarqué que sa taille avait augmenté de volume, qu'elle ne pouvait pas boutonner sa robe : En d'autres termes... M^{me} X. a conçu au mois de juillet et vingt jours après la conception sa taille présentait des dimensions considérables ! Puis juste au bout de trois mois, elle s'est aperçue des mouvements actifs du fœtus.

Nous faisons remarquer qu'il est bien rare de rencontrer une femme à ce point attentive qu'elle perçoit les mouvements actifs du fœtus juste trois mois après le début de la gestation ; ce fait est très rare, voire même exceptionnel, et surtout pour une multipare : Nous laissons de côté les nombreuses causes d'erreur qu'une femme peut commettre sur ces sensations si vagues, et nous disons que, « c'est généralement à quatre mois et demi que les mouvements actifs du fœtus sont perçus par la femme, quelquefois plus tôt, dès la fin du quatrième mois ;

chez quelques femmes seulement, douées d'une sensibilité particulière, et analysant bien leurs sensations, les mouvements actifs peuvent être perçus vers trois mois et demi. »

Passons maintenant rapidement sur les derniers symptômes, c'est-à-dire les quelques douleurs que M^{me} X. a éprouvées le 11 mars ; il nous semble, sans entrer en discussion, que M^{me} X. éprouva à chaque fois quelques douleurs par exemple des reins, des coliques utérines, etc., en un mot il y eut un commencement de travail, en dernier lieu, au mois d'avril (vers la moitié) : date présumée de la gestation. Mais pourquoi le bassin étant régulièrement conforme, puisqu'il n'existait aucune cause de dystocie maternelle ou fœtale.

S'il y avait alors un travail véritable (car la femme était à terme ? paraît-il) — pourquoi l'accouchement ne s'est-il pas opéré ?

Evidemment parce que toutes les probabilités, tous les calculs de la gestation étaient erronés, et que les douleurs éprouvées, les contractions n'étaient que l'indice d'un faux travail, comme on l'observe très souvent dans l'intervalle des deux derniers mois de la gestation.

Nous croyons donc que cette observation ne peut être considérée comme un cas de grossesse prolongée.

Parce que l'époque précise de la conception est inconnue ; parce que tous les phénomènes observés sont discutables ; parce que le volume du fœtus est moyen.

OBSERVATION II

(Même auteur).

Femme de 19 ans, Hispano-Américaine, primipare, régulièrement réglée, qui a eu ses dernières règles du 1^{er} au 6 juillet 1889. Elle s'est mariée le 3 juillet et a quitté Colombie le 4, pour venir à Paris. Les premiers rapports ont eu lieu le 6 juillet. Pendant le voyage, Madame G... a eu des vomissements qui ont continué après son arrivée; mais il est impossible de savoir s'ils étaient dus, pendant son séjour sur mer, au mal de mer ou à un commencement de grossesse.

Les premiers mouvements fœtaux se sont fait sentir vers le milieu de novembre.

Elle est accouchée le 11 mai 1890, d'une fille de volume moyen, mais qui n'a pu être pesée, faute de balance.

Trois cent huit jours se sont donc écoulés depuis le jour des premiers rapprochements et dix époques menstruelles révolues ont manqué.

Pas plus que la première, cette observation ne peut être considérée comme une gestation prolongée : Parce que la date de la conception nous est inconnue.

M^{me} G... a eu des rapports le 6 juillet, mais cela ne nous prouve pas que la conception s'est effectuée le 6 juillet; nous n'avons pas la preuve que le rapport du 6 juillet était le seul et le rapport fécondant?

Ce que nous savons c'est que M^{me} G... a commencé à avoir des rapports le 6 juillet; mais pendant combien de temps ces rapports ont été répétés? Personne ne le sait. Plus d'une fois, probablement, si nous nous en tenons à la vraisemblance, surtout lorsqu'il s'agit de jeunes mariés.

Rappelons ce fait important que le poids du fœtus était probablement au-dessous de la moyenne d'un fœtus à terme. Quant aux nausées et vomissements, on n'a pas

le droit de les attribuer à un début de grossesse, car des phénomènes aussi vagues peuvent tout aussi être attribués au navire, c'est-à-dire au mal de mer. Il y a d'ailleurs dans les deux observations de M. Greslon une lacune importante : la durée habituelle qui sépare deux époques menstruelles n'est pas indiquée.

Dans le journal "*Cicilia Medica*" nous trouvons les trois observations suivantes, publiées par M. le Dr Consentino.

OBSERVATION III

Femme de 30 ans, ayant eu 5 grossesses de 10 mois lunaires, comme on pouvait le supposer d'après la date de la dernière menstruation, le développement des nouveau-nés et la durée du travail qui fut très laborieux, ou achevé par des manœuvres obstétricales. Sur les 5 fœtus, 4 étaient du sexe féminin, et un seul du sexe masculin. Dans la sixième grossesse, l'accouchement eut lieu 315 jours après le dernier jour de la menstruation, et il fallut pour l'achever, pratiquer la craniotomie, la version podalique et l'amputation d'une jambe, afin de pouvoir saisir l'autre. Extraction d'un fœtus volumineux du sexe féminin, avec des os crâniens très épais, un degré d'ossification très prononcé ; le poids était de 3,950 grammes sans les os de la voûte crânienne et le cerveau.

Le Dr Consentino se base : 1° sur l'époque de la dernière menstruation.

2° Sur le volume monstrueux du fœtus. Ce sont là d'assez pauvres arguments.

Parce qu'un accouchement ne s'est fait que 315 jours après la dernière époque menstruelle, cela n'a jamais voulu dire que la femme était enceinte de 315 jours ; car elle peut être aussi bien fécondée le premier jour qui suit les règles, que le premier jour qui précède celles qu'elle doit avoir. De là donc, une erreur de 30 qui réduirait à 285 le chiffre de 315.

Le volume du fœtus, qui n'est d'ailleurs pas excessif, ne prouve rien, car des femmes (surtout multipares) qui n'ont porté que 9 mois, ont eu des enfants du même poids.

Enfin, il est impossible de conclure à une grossesse prolongée.

1° Parce que la date de la conception est inconnue.

2° Parce que le fœtus, ayant un développement exagéré, a été cause de dystocie, qui a retardé un peu l'époque de l'accouchement.

OBSERVATION IV

(Même auteur).

Femme, IX pare, 46 ans, bien menstruée dès l'âge de 16 ans, accoucha 307 jours après le dernier jour de la dernière menstruation. Il fallut appliquer le forceps et dégager les épaules avec de grandes difficultés. Le fœtus du sexe masculin présentait les mêmes caractères que le précédent et pesait 5.560 gr. Il faut remarquer que cette femme se rappelait bien avoir eu des rapports avec son mari deux jours après la dernière menstruation et ensuite deux mois plus tard.

Cette observation paraît plus probante que les précédentes, mais elle n'est pas à l'abri de toutes critiques.

En admettant même la véracité de la femme, bien difficile à prouver et peu vraisemblable sur de pareilles matières, car elle a pu se tromper volontairement ou par défaut de mémoire ; il reste à prouver que la fécondation a eu lieu immédiatement, et cela est impossible, car les spermatozoïdes peuvent conserver leur pouvoir fécondant plusieurs jours dans les voies génitales.

D'autre part, la femme étant une grande multipare, par suite ayant un fœtus très gros, pour l'extraction

duquel il a fallu des opérations, elle a pu avoir un léger retard dans l'époque de son accouchement.

Nous ne croyons pas qu'on ait le droit d'attribuer cet excès de développement du fœtus à son séjour dans l'utérus, au delà du terme normal.

Cet excès de développement, dû à la multiparité, est la cause de la prolongation, ou mieux du retard, et non l'effet.

Donc, cette observation ne relate le fait d'une grossesse prolongée : 1^o Parce que la conception est inconnue ; 2^o Parce que le volume énorme du fœtus était capable d'amener un peu de retard dans l'époque de l'accouchement.

OBSERVATION V

(Même auteur.)

Femme de 39 ans, V. pare, bien menstruée dès l'âge de 14 ans, accoucha 291 jours après le dernier jour de la dernière menstruation.

Extraction après craniotomie d'un fœtus du sexe féminin qui, sans le cerveau, pesait 4,500 gr. et présentait tous les caractères d'un développement supérieur à celui qu'on rencontre ordinairement dans un fœtus de 9 mois.

Nous sommes obligé de rappeler le même argument. Rien ne prouve que la fécondation se soit effectuée tel jour plutôt que tel autre. D'ailleurs le volume du fœtus n'est pas extraordinaire quand on songe qu'il s'agit d'une multipare ayant eu déjà six enfants, par conséquent ayant le droit d'avoir un si gros fœtus.

OBSERVATION VI

(Grossesse de durée exagérée, par M. Duncan. *Med. Times and Gaz.* Vol. II, p. 712, 1877).

Multipare dont les grossesses antérieures avaient duré : la première 300 jours, la seconde et la troisième 285 jours.

Cette fois la grossesse se prolongea sans rien offrir d'anormal, sauf le développement excessif du ventre, pendant 325 jours. Les dernières règles parurent le 15 janvier, l'accouchement eut lieu le 7 décembre.

A milieu de mai l'enfant avait commencé à remuer. L'accouchement dut être terminé au forceps, la tête fœtale restant engagée dans le petit bassin.

Enfant vivant, bien conformé, mais énorme.

Je ne pense pas qu'on hésite à rejeter complètement cette observation. Parce qu'une femme est accouchée 322 jours après sa dernière menstruation, on ne peut nullement conclure à une grossesse de 322 jours. Quant aux mouvements actifs du fœtus perçus par la femme, vers le milieu de mai, c'est-à-dire juste quatre mois après la dernière époque menstruelle, nous ne pouvons prêter aucune confiance à ce renseignement.

Obs. VIII. — Docteur CAILLETET, de Paris

(Critique médicale des grossesses dites prolongées, par M. le Dr Estachy).

Madame B..., 25 ans, bien constituée, vigoureuse, est parfaitement réglée. Le sang vient à époques fixes, sans jamais avancer ni retarder; la quantité est toujours la même. Elle a eu déjà deux enfants; ses deux grossesses n'ont rien présenté

Marcopoulos. — 3.

d'anormal; les deux accouchements ont été un peu longs. Elle voit ses règles pour la dernière fois, le 20 novembre 1872, mais d'une façon tellement anormale, presque rien, sang pâle, que l'idée d'une nouvelle grossesse se présente de suite. Le 20 décembre, rien ne vient; la grossesse est confirmée et nous la faisons dater du 5 novembre. L'accouchement doit donc avoir lieu dans les premiers jours d'août 1873. Vers la fin de juillet, elle fait une chute qui amène quelques contractions. Repos au lit, lavements laudanisés. Le 10 août, je l'examine et trouve tous les signes d'une grossesse presque à terme; dans la semaine, elle est prise d'une dyssenterie légère qui occasionne cependant des épreintes assez vives, et le samedi 16 août, on vient me chercher. Les douleurs sont régulières, le col se dilate, la tête est bas; à trois heures du matin, le col est grand comme une pièce de 5 francs; je sens la fontanelle antérieure. Au jour, tout s'arrête. La tête reste très bas, le col se referme; la patiente souffre constamment, elle peut à peine marcher. Les jours se passent; le 20 août, dans l'hypothèse d'une conception antérieure au 20 novembre, n'amène rien de nouveau. J'abandonne cette idée malgré moi et fais dater la grossesse du mois suivant, soit vers le 5 décembre; nous pouvons donc aller jusque vers le 5 septembre. Le 10 septembre arrivé, rien de nouveau; le 20 septembre, date extrême, car il faudrait que la conception ait eu lieu au moment précis où les règles arrivaient, rien de nouveau. La pauvre femme est épuisée, elle ne peut se traîner, pas de sommeil, des douleurs irrégulières à chaque instant. Le 23, l'on vient me chercher. Encore une fausse alerte, le col reste fermé. Le 1^{er} octobre seulement, le travail, le vrai cette fois, commence dès le matin, toujours la deuxième position de sommet. A neuf heures du soir, la tête se dégage en occipito-sacrée, toute seule, sans déchirure du périnée que je soutiens énergiquement. Aussitôt après la délivrance, une hémorrhagie effroyable se déclara. Je l'avais heureusement prévue, ce qui me permit de m'en rendre maître non sans peine. Puis avec du temps et de bons soins, elle se remit complètement. Revenons à l'enfant. Il est monstrueux; je n'en ai jamais vu de semblable. On dirait un bel enfant de deux mois. Les cheveux sont longs, abondants, on peut le peigner, lui faire sa raie. Les ongles, très longs, se recourbent sur l'extrémité antérieure des doigts, qu'ils recouvrent complètement. Épuisé de fatigue, il

me fut impossible de le peser. Le lendemain, diverses circonstances empêchèrent de le faire. Ce n'est que le sixième jour, sur mes recommandations instantes, qu'on le pesa chez la nourrice. On trouva 14 livres, ce qui ne me parut nullement extraordinaire. (*Gazette obstétricale de Paris*, 1874.)

CRITIQUE DU D^r ESTACHY. — On nous apprend, dans cette observation, que Madame B... était autrefois vigoureuse et parfaitement réglée. D'où vient que, vers le 20 novembre 1872, elle ne l'est plus qu'imparfaitement? Elle se trouvait donc sous l'influence d'une cause *qu'on ne nous indique pas*, cause ayant modifié son état de santé et troublé les fonctions de l'appareil utéro-ovarien. Quelle est cette cause qu'on ne nous dit pas et qui a influé sur l'hémorrhagie menstruelle au point de changer ses caractères? Nous savons qu'il y a des femmes, *bien que ce soit des exceptions*, qui peuvent encore être réglées pendant tout ou partie de leur grossesse. Ces exceptions ne peuvent être appliquées à Madame B..., car on ne peut accorder le nom de règles à l'écoulement sanguin qu'elle eut par les voies génitales. En ce moment-là, ou elle était enceinte ou elle ne l'était pas. Si elle était enceinte, la perte de sang qu'elle eut et dont nous aurions *aimé à savoir la durée*, pouvait provenir d'excitations sexuelles diverses, de ces petites hémorrhagies si faciles à produire par congestion ou par balistique; si elle ne l'était pas, il faut donc *invoquer une cause* qui résidait ailleurs. C'est cette cause que nous invoquons pour expliquer les caractères anormaux de la perte qui se produisit le 20 novembre. D'ailleurs, nous savons qu'il faut se méfier des troubles fonctionnels quand il s'agit de diagnostiquer une grossesse et à plus forte raison lorsqu'on veut en préciser la durée, car ces troubles sont fréquemment causes d'erreurs et d'interprétations erronées ou de méprises sérieuses. Pour nous, nous sommes tout disposé à admettre que la conception n'eut lieu que peu avant le 20 décembre, un des jours qui le précédèrent, ce qui donnerait approximativement, pour la durée

totale de la grossesse, 291 jours environ. M. le docteur Cailletet, pour éclaircir cette question du début de la conception, aurait bien dû nous dire à quelle époque ont été perçus les *mouvements du fœtus* et les *bruits du cœur*, signes qui ont une valeur assez grande sinon absolue. Pourquoi ne nous fait-il pas connaître aussi quelles étaient *les dimensions du bassin*? C'était très important dans le cas qui nous occupe, car l'idée de dystocie se présente de suite à l'esprit. Mais cette dystocie, où résidait-elle? Si le travail qui se déclara le 16 août pouvait être considéré comme un faux travail observé assez souvent à cette époque de la grossesse, celui qui se montra le 23 septembre pouvait, lui, être considéré comme un travail vrai, qui n'aboutissait pas parce qu'il y avait des obstacles à l'accouchement annihilant les efforts faits par la nature pour triompher des difficultés qui s'imposaient à elle. On pourrait admettre aussi que les phénomènes qui se montrèrent le 16 août, n'avaient pas une autre cause, si on veut bien accepter le terme le plus rapproché. Et puis, pour expliquer le retard, ne savons-nous pas qu'une poche des eaux un peu épaisse et restant intacte, peut à elle seule amener des retards? En tous cas, nous nous rattachons à la première hypothèse qui nous donne comme date de l'accouchement le 23 septembre, date à peu près normale; quant aux quelques jours de retard, si les causes de dystocie osseuse ou d'obstruction ne nous expliquent pas assez le volume exagéré du fœtus, qui aurait suffi à lui seul pour retarder longuement l'accouchement, nous les fait comprendre davantage. L'enfant était énorme. Comme il est bien loin d'être démontré que la grossesse ait subi une prolongation, on ne peut décemment attribuer à cette prolongation le volume exagéré du fœtus. Et puis, le poids est-il bien exact? L'enfant n'a été pesé que six jours après l'accouchement, chez la nourrice et par la nourrice, et très probablement avec tous ses langes. On ne peut donc qu'ajouter une médiocre confiance à une pesée faite dans de semblables conditions. Nous concluons que cette

observation n'est pas une grossesse prolongée : *a*, parce qu'on ne peut nous fixer la date de la conception; *b*, parce qu'il y a tout lieu de croire que la gestation n'a pas dépassé le terme considéré comme normal; *c*, parce que, en admettant qu'il y ait eu prolongation, il n'est pas prouvé qu'il n'y ait du côté du bassin des vices de conformation des parties osseuses ou des parties molles; *d*, parce que le *volume énorme* de l'enfant, s'il est exact, est un obstacle des plus sérieux pour retarder l'accouchement et pour nous donner l'explication des phénomènes qui ont été constatés; *e*, parce que l'exagération de volume et de poids du fœtus qui ont été la cause du retard de l'accouchement, ne saurait être considérée comme l'effet lui-même de ce retard.

OBSERVATION IX — (Docteur ESTACHY)

(Critique médicale des grossesses dites prolongées).

On me fit appeler, le 22 décembre 1879, vers dix heures du matin, dans une maison de pauvre apparence, sise dans les vieux quartiers. Après avoir gravi un escalier vermoulu et chancelant, je pénétrai dans une chambre, sorte de galetas, recevant un jour douteux, à peine suffisant, et d'une malpropreté presque repoussante. Je trouvai là, couchée sur un grabat, une femme d'un certain âge déjà qui se plaignait de douleurs de reins et de fortes coliques.

Au toucher, je reconnus que le col utérin commençait un peu à s'élargir, et, par le col entr'ouvert, je pus constater que la poche des eaux était intacte mais sans saillie aucune. Le fœtus, dont je sentais la tête sous le doigt, était en première position, présentation de sommet = O. I. G. A. La matrice avait une direction oblique de gauche à droite plus accentuée qu'à l'ordinaire; pendant les contractions utérines, elle tendait à venir se placer dans l'axe du bassin; elle me parut plus amincie qu'on n'a l'habitude de le constater souvent en pareil cas. Les bruits du cœur fœtal étaient perçus distinctement un peu en dehors de l'ombilic et à gauche. Les contractions très intermittentes étaient paresseuses;

une heure après mon arrivée, elles devinrent un peu plus fortes. Je pus constater alors que la dilatation du col s'opérait, qu'elle atteignait à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs en argent.

La femme était en travail depuis l'avant-veille au soir, c'est-à-dire depuis le 20 décembre. Difficilement je parvins à pratiquer la pelvimétrie digitale. Le diamètre A. P (S. P.) = 10 centimètres environ. La tête fœtale était au détroit supérieur une demi-heure après, et la poche des eaux avait fini par se rompre. Cependant, les eaux s'écoulaient comme par saccades. On sentait bien distinctement la tête du fœtus. Les os de la tête me parurent plus durs qu'à l'ordinaire, et les fontanelles antérieure et postérieure plus étroites. Le cuir chevelu était plissé, les battements cardiaques étaient perçus un peu plus bas et en dedans; quelques crampes qui furent combattues en ce moment par des frictions sèches.

Renseignements. — 40 ans, multipare, 4 enfants, 3 vivants, accouchements antérieurs bons, mais longs; grossesse sans accidents, mouvements du fœtus perçus au commencement de juillet, dernières règles le 20 février 1879, règles régulières durant trois à quatre jours, vie misérable, causes morales, travail pénible à la campagne, tempérament lymphatico-sanguin, au commencement de novembre quelques douleurs de reins; comptait s'accoucher en novembre, enfants des grossesses antérieures ordinaires, santé un peu détériorée.

A ma seconde visite, vers une heure, tête toujours au détroit supérieur, contractions toujours faibles malgré l'administration du bouillon et du vin généreux. Je soulève la tête afin de favoriser la sortie des eaux qui contiennent un peu de méconium. Pouls de la mère faible, contractions se raniment un peu, seigle ergoté donné par la sage-femme sans mon autorisation et pendant mon absence, tête fœtale se réduit un peu, l'engagement paraît se faire. La sage-femme m'envoie chercher dans l'après-midi. La parturiente a eu une hémorrhagie provenant très probablement du décollement du placenta. Cette hémorrhagie a pris peu à peu des proportions inquiétantes. Enorme thrombus de la vulve. Application pénible du forceps. Dégagement O. P.

Enfant volumineux. Poids : 4,800 grammes. Taille : 55 centimètres. Tête, diamètres = O F = 128 B P = 108 O M = 148.

D'autres auraient essayé la version, j'ai préféré attendre et appliquer le forceps. L'enfant n'a vécu que quelques minutes.

CRITIQUE ET CONCLUSIONS DU DOCTEUR ESTACHY. — Cette grossesse, qui pourrait être considérée comme prolongée, est absolument normale à notre avis. Ce qui le démontre, c'est l'époque des premiers mouvements actifs du fœtus.

Et en admettant qu'on persiste à l'accepter comme prolongée, l'état de santé de la femme, le volume du fœtus, le léger rétrécissement du bassin, etc., sont suffisants pour nous expliquer ce retard.

OBSERVATION X. — Docteur ESTACHY.

Je transcris ici une observation à peu près semblable à la précédente, telle que je la trouve dans mon registre d'observations. Le vendredi 18 juin 1880, on vient me chercher vers onze heures du matin, pour la nommée X... La sage femme qui a assisté cette femme, nouvelle venue, s'inquiète à son sujet. En travail depuis le 16 au soir, dernières règles 10 août 1879, âge 26 ans, primipare, a senti remuer au commencement de janvier 1880, taille petite, nanisme, rachitique, cordon hors de la vulve, quelques battements artériels à peine sensibles, bruits du cœur fœtal à gauche ; au toucher, tête au détroit supérieur, membranes rompues, présentation de sommet, quatrième position = O. I. G. P., craintes que le cordon soit comprimé, douleurs et contractions faibles, application de forceps, pas de résultat ; deux heures après, seconde application de forceps, application infructueuse, pas d'engagement, cordon froid mélangé de violâtre, plus de battements cardiaques du fœtus, perforation du crâne. Puis, avec un crochet aigu, je parviens après une application encore infructueuse de forceps, à amener le fœtus. Si je n'avais pas réussi, j'aurais employé le céphalotribe, après avoir attendu encore l'effet des contractions utérines. Délivrance rapide, pas d'hémorrhagie consécutive. Cette femme était venue me consulter quelques mois auparavant, et je lui avais conseillé, après avoir pratiqué la pelvimétrie digitale, de se faire accoucher artificiellement vers sept mois et demi, huit mois. Diamètres A P. = 8 $\frac{1}{2}$. L'enfant était volumineux. Poids : 3,760. Taille : 53. Tête,

diamètre — O F 121 — O M 140. B P très difficile à prendre à cause de l'état de la tête, 102 — 103 environ.

CRITIQUE ET CONCLUSIONS DU DOCTEUR ESTACHY. — Peut-on considérer cette grossesse comme prolongée? Non, certainement. Les preuves, dans cette courte observation, abondent pour la faire regarder comme normale. S'il s'est produit une prolongation, elle ne peut être attribuée qu'aux causes dystociques diverses qui existaient, non seulement chez la mère, bien qu'une naine puisse accoucher parfois naturellement, mais surtout chez le fœtus dont les dimensions et le volume mettaient obstacle à toute évolution dans un bassin comme celui qu'avait cette femme.

En définitive, dans toutes ces observations on n'a jamais été absolument sûr du jour de la conception, car dans la plupart les rapprochements se sont répétés à plusieurs reprises et alors qu'est-ce qui dit que la fécondation a eu lieu tel jour plutôt que tel autre. Comment savoir celui de ces coïts qui a déterminé la grossesse?... Ce travail de la conception se termine bruyamment par l'accouchement, mais il commence souvent dans le silence et l'ombre et rien ne peut nous permettre de dire : il y a eu plusieurs rapports, mais c'est le rapport de tel jour qui a été suivi de grossesse. Sans tenir à des hypothèses qui fixent la date de la fécondation aux premiers jours qui suivent la menstruation, cela est démenti par l'expérimentation.

Quelquefois la femme donne une date au-delà de laquelle, dit-elle, il n'y a plus eu de rapports; mais il y faudrait autre chose qu'une simple affirmation d'une mémoire peut-être défaillante surtout quand on se rappelle combien peu on s'observe dans une certaine classe de la Société.

Or, cette date précise que peut donner seule l'expé-

rience, ne résout rien; car les spermatozoïdes peuvent séjourner longtemps dans les voies génitales, sans rien perdre de leur pouvoir fécondateur. Si nous connaissons le jour du coït fécondant, nous ne connaissons pas le moment où les spermatozoïdes ont imprégné l'ovule, car il y a un intervalle qui peut aller jusqu'à 15 jours, d'après Schröder, entre le moment où le sperme est déposé dans les organes génitaux et le moment de la conception ou union intime du sperme avec l'ovule; cet intervalle est un temps pendant lequel la femme n'est pas enceinte; si on ne tient compte de cette distinction, le calcul de la durée de la grossesse sera erroné.

Il est impossible, à l'heure actuelle, de s'appuyer aux symptômes dits rationnels, pour conclure au début d'une grossesse.

Enfin dans presque toutes les observations, on voit nettement que chaque fois, il y avait des causes de dystocie: En effet, la multiparité, par suite le gros volume du fœtus, sont bien capables d'amener un peu de retard dans l'époque de l'accouchement.

Mais si la grossesse physiologique prolongée n'a point été démontrée jusqu'ici et si l'étude patiente des faits lui est même tout-à-fait défavorable, il paraît certain par contre que le terme de la gestation peut dépasser la normale quand il existe certains facteurs morbides tels que la grossesse extra-utérine, les corps fibreux, les altérations cancéreuses du col. Dans tous ces cas il peut y avoir rétention prolongée du fœtus, de nombreux faits de ce genre ont été publiés par les auteurs, nous pouvons y ajouter une observation nouvelle que nous devons à l'obligeance de M. Lepage, chef de clinique de M. le profes-

seur Pinard. Ici la grossesse aurait duré pendant 12 mois et demi.

Nous avons eu la bonne fortune de pouvoir observer cette femme très attentivement pendant notre séjour à la maternité Baudelocque, dirigée par M. le professeur Pinard. Nous regrettons de ne pouvoir nous étendre sur ce sujet si intéressant. Nous nous bornerons à donner une observation caractéristique pour chacune des causes de dystocie qui déterminent ces rétentions fœtales prolongées.

CHAPITRE III

Observations pathologiques de gestation prolongée due aux Cancers ou aux Fibromes.

OBSERVATION I

(Liéven : St-Petersburger. Medic. Woch, 1879, p. 294)

Femme de 39 ans, 4^{me} grossesse, perd du sang depuis le mois de juin 1878. En janvier 1879, elle est enceinte de 3 mois. En septembre, c'est-à-dire à terme, elle éprouve des contractions utérines. Le col est dur, infiltré; le lendemain celles-ci cessent pour reparaitre au bout de 24 heures. Les membranes se rompent et peu de temps après on constate de la physométrie. Le 4^{me} jour la femme tombe dans le collapsus. L'utérus est de plus en plus distendu par des gar. Au neuvième jour on trouve vers le fond et sur le côté gauche de la matrice une tumeur sphérique remplie de liquide et ayant 7 cent. de diamètre. Cette tumeur était, la veille, au dire de la sage-femme, bien plus volumineuse, la peau était rouge à son niveau. En pressant sur cette masse, on la repoussait dans la cavité utérine et on pouvait sentir les bords de l'orifice. On crut à un abcès des parois de la matrice.

On repoussa tout traitement actif, car l'enfant était mort et la mère ne pouvait être guérie; en effet le collapsus continua et la mort arriva le 15^{me} jour. La grossesse s'est donc prolongée pendant un mois à cause de la faiblesse des douleurs et de la résistance du col.

On ne peut reconnaître la nature de la tumeur du fond de l'utérus. Bidder pense à une rupture de l'utérus par gangrène.

Cette observation nous démontre encore une prolongation de la grossesse due à l'obstacle mécanique à l'affection cancéreuse.

Les douleurs du travail se manifestent à terme mais tout cesse pour reparaitre au bout de 24 heures.

Les membranes se rompent, puis naturellement la putréfaction commence.

L'accouchement ne se fait pas. Le fœtus meurt. La gestation se prolonge un mois au delà du terme.

OBSERVATION II

(Schmit : Carcinome du col : obstacle mécanique à la dilatation du col utérin et à l'accomplissement du travail. Grossesse ayant duré plus de dix mois. (*Archives de Tocologie*, 1876, p. 111).

La femme couchée au n^o 20 de la salle d'accouchements, est une femme blonde chataine, d'une taille moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant toujours joui d'une bonne santé antérieurement. Elle nous dit qu'elle a marché à deux ans, qu'elle fut réglée pour la première fois à 11 ans, et depuis régulièrement trois et quatre jours par mois; elle a eu 5 enfants à terme et 3 fausses-couches. Durant tout le cours de ses grossesses antérieures, elle n'éprouva aucun des phénomènes sympathiques propres à l'état de gestation. Ses accouchements furent tous naturels et faciles; deux de ses enfants vivent, les autres sont morts à des âges différents. Quant à ses fausses-couches, elle ne sait comment les expliquer.

Depuis deux ans, c'est-à-dire depuis le mois de mai 1873, époque à laquelle elle fit sa dernière fausse-couche, elle a des pertes de sang continuelles qui deviennent plus abondantes au moment où elle doit avoir ses règles. Il y a trois mois environ qu'elle souffre des reins, et parfois de coliques violentes dans le bas-ventre; elle éprouve en même temps dans tous les membres un sentiment de profonde lassitude. Depuis qu'elle perd en rouge, ses forces ont diminué, ses couleurs ont pâli, et ses muscles, autrefois bien musclés, ont perdu de leur grosseur.

L'appétit fut toujours bon, les digestions régulières, le sommeil satisfaisant. Jamais de mouvement fébrile.

La malade nous raconte en outre que sa mère est morte à 52 ans, après huit mois de maladie, elle était toute jaune et très maigre. Elle avait la jaunisse, selon sa fille, qui ne peut affirmer si en même temps elle a eu des pertes rouges. Quant à son père, comme le dit parfaitement la parturiente, il est mort d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

Aujourd'hui 30 juin, la malade se présente à nous dans l'état suivant : faciès assez coloré, les joues ont encore conservé un certain degré d'épaisseur, le reste du corps n'offre pas plus que la face de teinte cachectique, les membres ne sont pas considérablement amaigris.

La malade ne peut nous préciser la dernière époque de ses règles, à cause des pertes continuelles qu'elle éprouve, mais elle se croit déjà plus qu'à terme, elle a senti parfaitement les mouvements de son enfant, au mois de février, mais elle ne saurait donner la date exacte de ses premières sensations.

Si l'on examine l'abdomen, on le trouve sensible à la pression ; l'utérus est large, volumineux surtout dans le sens transversal et s'élève presque au niveau de l'épigastre. La tête du fœtus se trouve dans la fosse iliaque gauche, le tronc en avant et à gauche, l'extrémité pelvienne dans le flanc droit. Les battements de cœur du fœtus s'entendent à gauche un peu au-dessous de l'ombilic. Au toucher, on sent le vagin ramolli à peu près complètement. Si le doigt pénètre plus avant, il rencontre le col long de 1 centim. et demi à 2 centim. dans tout son pourtour et assez volumineux. La lèvre antérieure est déformée, elle est remplacée par une série de petites nodosités saillantes et indurées, parfaitement séparées les unes des autres par de petites échancrures. La lèvre postérieure, dans sa moitié droite, présente les mêmes saillies ; dans sa moitié gauche, elle semble encore intacte. Rien dans les culs-de-sac du vagin, qui est libre aussi dans toute son étendue.

La malade perd peu de sang maintenant, ce sont surtout des pertes blanches qui la tourmentent. Elle se plaint en outre de douleurs irrégulières dans les flancs, se continuant jusqu'aux lombes et dans les membres inférieurs.

5 juillet. Même état de la malade.

Le 10. Nouvelles pertes sanguines assez abondantes. La malade

se lève cependant une partie de la journée et se promène dans les jardins de l'hôpital.

Appétit toujours assez bon. Sommeil inquiet. Douleurs dans le bas-ventre et dans les hypochondres. La malade se plaint d'avoir eu froid sur la vessie, qui lui fait beaucoup de mal. Dysurie.

Le 11. La malade a repris plus de calme, l'écoulement sanguin s'est arrêté, les pertes blanches continuent. Diminution des douleurs accusées la veille.

Les 12 et 13. Même état. Réapparition des douleurs à certains moments.

Le 15. Coliques violentes pendant toute la nuit. Douleurs comparables à celles de l'accouchement. Pertes blanches et rouges. Au toucher le col est court et l'orifice externe ouvert. A son pourtour, on sent toujours les nodosités qui existaient auparavant. La tête semble engagée au détroit supérieur depuis un certain temps déjà; le doigt la rencontre facilement en explorant le col. Battements du cœur toujours à gauche.

Le 16. Les battements du cœur s'entendent à droite. Mêmes coliques pendant la nuit.

Le 19. Au toucher l'on sent, comme auparavant, les deux lèvres du col prises d'induration et parsemées de nodosités; la partie latérale gauche de la lèvre postérieure (celle que tout d'abord on avait reconnue saine), est seule ramollie. L'orifice externe participe aussi à l'altération, et si l'on y introduit le doigt, on sent que l'orifice interne ainsi que le segment inférieur de l'utérus ont subi la même altération.

Toutes les nuits, cette femme continue à avoir des douleurs expulsives.

En auscultant l'abdomen, on ne perçoit plus les battements du cœur; on n'entend plus que le souffle utérin. L'enfant a succombé et a changé de position; la tête se trouve en effet dans la fosse iliaque droite. Depuis samedi, 17 juillet, la mère ne sent plus remuer.

Le 21. La parturiente dit être plus à son aise, les douleurs pendant la nuit sont moins vives. Miction plus facile et moins douloureuse.

Le 22. Pertes rouges. Plus de douleurs expulsives. La malade est allée à la selle sans lavement; elle urine facilement aussi. Elle accuse cependant une courbature générale; le malaise qu'elle éprouvait dans le bas-ventre, ainsi que les crampes qu'elle ressen-

tait continuellement dans les membres, ont disparu. Sommeil bon.

Le 23. — Les pertes rouges continuent. Coliques violentes. Maux de reins continuels. Le palper abdominal est sensible. L'appétit et le sommeil sont néanmoins satisfaisants.

Le 24. La journée fut bonne, mais toute la nuit la malade eut des coliques. Pertes blanches épaisses, d'une odeur fétide. L'appétit diminue.

Le 26 matin. Les coliques continuent toujours avec crampes d'estomac et douleurs dans les cuisses. Insomnie complète la nuit. Pertes blanches considérables. Appétit faible. L'état général devient moins satisfaisant.

Le 27. Coliques moins violentes. Ventre très sensible à la pression. Pertes moins abondantes. La malade s'ennuie beaucoup de sa triste situation et réclame instamment une intervention quelconque.

Le 29. Pertes rouges abondantes.

Les 30 et 31. Insomnie complète. Pertes considérables, très fétides, se renouvelant au moindre mouvement. Douleurs expulsives depuis huit heures du soir jusqu'à quatre heures du matin. Elancements et picotements douloureux au dessus des pubis, s'irradiant dans les membres inférieurs. Maux de reins. La malade marche très difficilement.

Au toucher, on sent que les membranes doivent être rompues, car l'on arrive directement sur les parties fœtales; c'est ce qui expliquerait l'abondance des pertes qu'a subies la malade toute cette nuit. Il semble qu'il se soit fait un commencement de travail; car l'on peut délimiter avec le doigt une ouverture de la grandeur d'une pièce de 1 franc, formée par un anneau très résistant.

Les seins sont flasques et mous. Ils ont commencé à perdre de leur grosseur et de leur consistance dès que les battements du fœtus ont cessé. Aujourd'hui, en comprimant le mamelon, on peut encore en faire sortir quelques gouttes d'un liquide blanchâtre.

La peau est chaude, la malade a eu des frissons; le pouls est fréquent, 110 pulsations. Nausées et vomissements bilieux pendant toute la journée. Langue blanche. Bouche empâtée. Inappétence complète. La malade ne va à la selle que par lavements.

Le 1^{er} août. Nuit meilleure que la précédente. Les douleurs ont disparu. La face de la malade est rouge et animée; elle

semble très inquiète de son état. Plus de frisson ou de vomissements. Langue blanche. Pouls 120. Temp. axil. 38°4 le matin, et le soir 38°5.

L'utérus a beaucoup augmenté de volume; il est tendu et dur; il donne à la percussion un son tympanitique.

La malade a toujours des pertes considérables qui sont tantôt liquides (eaux de l'amnios) tantôt épaisses, très chargées et colorées. L'état général est moins favorable.

Le 2. La malade n'a pas fermé l'œil. Elle a eu toute la nuit des douleurs d'enfantement. Aujourd'hui l'utérus a considérablement augmenté de volume; il s'élève jusqu'à l'épigastre. Il a conservé sa dureté et sa résistance. On ne peut plus sentir aucune partie fœtale; la pression est très douloureuse, surtout dans la région sus-pubienne. La percussion donne un son tout à fait tympanitique.

Au toucher, le col présente une ouverture d'un diamètre égal à celui d'une pièce de cinq francs; la partie fœtale commence à s'engager; on ne peut dire quelle est la partie qui va s'engager; mais à coup sûr ce n'est pas la tête. Est-ce une hanche ou une épaule?

Inappétence complète. Renvois et nausées fréquents. La malade a eu dans la journée d'hier trois vomissements bilieux. Ce matin, la peau est fraîche; le pouls moins fréquent que la veille. Le matin, la température est de 37°8, le soir de 39°4.

Le 3. Insomnie totale cette nuit. Gargouillement et coliques violentes. L'utérus a toujours le même volume. La palpation y est beaucoup plus douloureuse que la veille. La percussion donne toujours le même son tympanitique.

Le faciès de la malade est un peu altéré, et les traits légèrement tirés; la langue est blanche. Nausées et renvois. La malade a vomi quatre fois de la bile dans la journée d'hier et a eu quelques selles diarrhéiques.

Ce matin, la peau est morte; dans la nuit, la malade a éprouvé un frisson violent qui a duré vingt minutes, et après lequel elle a beaucoup sué. La température est 38°6 et le pouls 100. Le moindre mouvement arrache à la patiente des cris de douleur qu'elle rapporte à son ventre.

Au toucher, le col est un peu plus dilaté que la veille; l'épaule droite se présente; avec procidence du bras hors de la vulve.

A neuf heures et demie du matin, M. Depaul, après avoir examiné la malade, croit le moment venu d'intervenir. A dix heures, on couche la femme en travers sur un lit de travail; deux aides soutiennent les cuisses; on ne croit pas utile d'employer le chloroforme.

M. Depaul commence par désarticuler avec de gros ciseaux le bras qui fait saillie dans le vagin; puis au moyen d'un lacs il l'extract de ce canal. Les tractions qui furent exercées sur le bras, firent exécuter au fœtus un mouvement de rotation dans le sens de son axe, et l'on put alors saisir l'autre bras. M. Depaul fit en partie sa désarticulation, et essaya ensuite de couper la colonne vertébrale. Voyant que, malgré ces sections, il ne pouvait réussir à extraire le fœtus, l'opérateur eut alors recours à la version forcée. Les pieds furent extraits; le tronc sortit ensuite, accompagné de la tête que le ramollissement et la macération avaient complètement déformée et diminuée de volume.

En même temps qu'on opérait toutes ces manœuvres, il s'échappe de la cavité utérine des gaz d'une odeur infecte qui rendaient l'approche de la malade, sinon impossible, du moins très désagréable pour l'opérateur.

Un quart d'heure après la sortie du fœtus, on essaya de faire la délivrance, mais ce fut en vain; plusieurs tentatives du même genre furent ensuite faites dans l'après-midi; mais toutes furent infructueuses. A cinq heures du soir, M. le Dr Pinard, chef de la clinique d'accouchements, pratiqua la délivrance artificielle. Il introduisit avec assez de facilité la main complète dans l'utérus, et il retira le placenta avec une partie des membranes: en même temps il s'échappait de la cavité utérine une foule de gaz fétides. Cette délivrance avait été surtout rendue difficile, parce qu'on trouvait flottant dans le vagin une partie de la masse indurée qu'on pouvait parfaitement confondre avec le placenta.

Six heures soir. Le faciès de la malade est meilleur que ce matin; la peau est chaude, la température axillaire est de 39°5. Le pouls est très fréquent 130.

Langue blanche et humide. Dans la journée, la malade a eu des renvois et du pyrosis, sans nausées ni vomissements; elle a pris aujourd'hui du bouillon et du bordeaux.

L'utérus est encore volumineux, il s'élève au-dessus de

l'ombilic; les parois abdominales sont souples, la pression y est comme auparavant douloureuse. A la percussion on perçoit toujours un son sonore. Une selle diarrhéique très fétide. — Traitement : vin de Bordeaux. Injection vaginale avec permanganate de potasse. Catap. laud. sur le ventre.

Le 4. La malade a un peu dormi cette nuit, mais son sommeil était agité; elle a eu des rêvasseries et de la fièvre. Miction facile. Selles diarrhéiques sentant très-mauvais.

Ce matin, peau chaude; le faciès est bon. Temp. 38°6. Les nausées et les vomissements ont disparu, le pouls est toujours fréquent, 116. Plus de frisson. Soif vive. — Traitement : le même, plus potion de Todd.

L'utérus est toujours large et volumineux; il s'élève encore beaucoup au-dessus de l'ombilic. Les parois sont assez souples; la palpation détermine toujours de la douleur, et si l'on percute, le même son tympanitique existe.

La malade laisse échapper, par l'anus et les voies génitales, une masse de gaz fétide; en même temps elle a des pertes rouges abondantes d'une odeur repoussante.

Soir. Face vultueuse, peau chaude. Pouls dur et vibrant, il bat cent trente fois à la minute. Temps. 39°7.

Mais ce qui frappe surtout, c'est un certain degré d'oppression de la malade lorsqu'elle parle.

Selles diarrhéiques, mêlées de gaz. La malade urine facilement, mais elle se plaint que quelquefois son lit est mouillé, et qu'elle doit uriner sans le savoir.

Du côté de l'utérus, rien de nouveau. Même volume, même douleur à la pression.

Le 5. Nuit bonne, elle aurait été encore meilleure, dit la malade, si elle n'avait pas été oppressée.

La peau est moite ce matin, car elle a sué toute la nuit. Le thermomètre placé dans l'aisselle marque 38°9, le pouls est à 120.

Langue blanche. Diminution des renvois. 2 selles diarrhéiques très-fétides dans la nuit.

Utérus toujours gros et distendu. Sensibilité moindre à la pression. Douleurs s'irradient dans les lombes et les membres inférieurs.

6 heures soir. Le faciès de la malade paraît fatigué, la peau est brûlante, le thermomètre marque 39°7, le pouls est de 130.

La malade a une dyspnée considérable; l'inspiration et l'expiration sont sifflantes, la voix est presque éteinte, elle a des quintes

de toux assez fortes. A l'auscultation, on trouve dans toute l'étendue de la poitrine une respiration rude et bruyante.

Langue sale. Toujours des renvois.

Du côté de l'utérus il ne s'est fait aucun changement. L'état général devient de moins en moins satisfaisant.

Le 6. Nuit assez bonne ; la malade a sué toute cette nuit. Ce matin, la peau est moïte, et la respiration moins anxieuse et moins difficile. Pouls, 120. Temps, 35°4.

Langue blanche. La malade a une selle noirâtre, mêlée de gaz, et très-fétide.

L'utérus semble avoir un peu diminué de volume, il est moins sensible à la pression.

Soir. La malade est assise dans son lit, elle a de l'orthopnée. La parole est difficile. Peau chaude, pouls fréquent (128 puls.). La température est de 40°3. La malade a sué toute la journée. Bouche empâtée. Langue sale.

Utérus dans le même état. Douleurs dans les hypochondres. Les parties génitales externes sont fortement œdématiées, il s'en échappe des matières liquides noirâtres très-fétides.

Même traitement.

Le 7. La malade a un peu dormi, mais elle a eu un frisson qui a duré 10 minutes. La peau, ce matin, est encore couverte de sueur ; le pouls est petit (124 puls.), la température donne 38°5. La respiration semble moins difficile.

Langue sale. Bouche mauvaise. Dysurie. Etat général de moins en moins bon.

Soir. La malade a des sueurs profuses, elle est assise dans son lit, et a de nouveau de l'orthopnée ; la voix est bien enrouée, et la malade a une certaine difficulté de parler. Pouls, 110. Température, 37°8.

Le 8. Sommeil très-léger cette nuit. Ce matin, la peau est assez chaude. Température, 39°5. Le pouls est fréquent, 120. La voix est très-affaiblie, et la dyspnée considérable. L'œdème des parties génitales a beaucoup diminué. L'utérus conserve à peu près son volume et sa sonorité.

Une selle normale dans la nuit.

Même traitement.

Le 9. Ce matin, nous trouvons la malade dans l'orthopnée. La voix est presque éteinte. Peau moïte, car elle a sué toute la nuit.

La température est cependant élevée, 39°5. Le pouls est fréquent, 116. Langue sale. Selles et urines involontaires.

L'utérus devient moins douloureux à la pression, et l'état général de moins en moins satisfaisant.

Le 10. Peu de sommeil cette nuit. Ce matin, la malade est encore dans l'orthopnée. La voix s'affaiblit toujours. Peau moite, tympanisme utérin toujours le même. Température, 39°9. Pouls, 126.

Soir. La malade a toujours de l'orthopnée. La respiration offre le type costal supérieur, la diaphragme est immobile. Quand la malade respire, on entend à distance des râles ronflants.

Sa peau est brûlante; et des sueurs profondes couvrent continuellement la malade. Eruption de sudamina sur les parois abdominales. La tempér. est de 41°3; on compte 42 respirations par minute. Le pouls très petit et très fréquent, 130 puls.

Selles et urines involontaires.

Le 11. Insomnie complète. Peau brûlante. Temp. 41°2. Pouls presque incalculable, 150 puls. Dyspnée considérable. Râles trachéaux à distance. On compte 51 respirations à la minute.

Lorsque la malade parle, on a beaucoup de mal à la comprendre. Selles et urines involontaires. Tout annonce une fin prochaine. 11 heures matin, la malade expire.

L'autopsie vint prouver que, ainsi qu'on l'avait prévu, le col de l'utérus dans son entier, ainsi que le segment inférieur, étaient envahis par la même affection cancéreuse.

L'examen de l'enfant montra également qu'il était à terme et hydrocéphale.

L'observation que nous venons de publier in extenso, offre plusieurs points intéressants à noter.

En effet, il s'agit, nous dit M. le docteur Schmit, d'une femme atteinte de cancer du col et du segment inférieur de l'utérus et ayant présenté une grossesse de dix mois et demi à onze mois environ. Cette prolongation est due évidemment à l'altération organique précitée qui a été un obstacle puissant à la dilatation du col et par conséquent à l'accomplissement du travail. Il est facile, dans ce cas, d'expliquer la plus longue durée de la grossesse, car la

poche des eaux ne s'est pas rompue et s'est opposée aux phénomènes de putréfaction qui ont rendu chez notre femme l'intervention nécessaire.

Dans cette grossesse comme dans toutes celles où le travail ne peut s'accomplir pour des causes de dystocie variables, les droits de la nature se sont affirmés lorsque la grossesse était à terme; notre malade a eu, en effet, des douleurs expulsives qui ont duré assez longtemps et les parties du col restées saines se sont dilatées, mais elles n'ont pas suffi à rendre l'accouchement possible. Au moment où la femme aurait dû accoucher, le fœtus, dont la vie ne peut être mise en doute, puisqu'elle a été constatée tous les jours, a succombé.

OBSERVATION III.

Menzies : (Carcinome du segment inférieur et du col. — Gestation ayant duré 17 mois. — Chantreuil : Mémoire sur le cancer du col de l'utérus, 1872).

Vers la fin de février de 1852, je fus appelé pour visiter *Mistress S...* C'est une femme d'une taille élevée, âgée de 28 ans, mariée depuis cinq ans et mère d'un enfant. Cette femme s'attendait à accoucher de jour en jour. Elle se plaignait depuis trois jours d'une douleur aiguë à la partie inférieure de la région inguinale gauche, augmentant d'intensité sous l'influence des mouvements. Cette région était sensible au toucher, mais dépourvue de tout gonflement; on ne remarquait rien dans l'aspect extérieur de l'abdomen. Anxiété générale, langue sèche et couverte d'un enduit blanchâtre. Pouls 104, peau chaude, constipation.

La malade se trouva soulagée les jours suivants, et sortit de l'hôpital. A la fin de mars, je reçus avis qu'elle était en travail. Je la trouvai au lit, se plaignant de douleurs intermittentes, commençant au centre de l'abdomen, s'étendant au dos et jusqu'à la région hypogastrique. Elles duraient depuis

vingt heures et n'étaient pas fréquentes. La tumeur utérine était très-proéminente, présentant de profil une surface plane très-dure au palper; cette dureté n'augmentait pas pendant les douleurs; elle s'étendait jusqu'à l'épigastre, mais elle me parut un peu descendue depuis mon dernier examen. L'orifice du col était fermé, ses lèvres étaient dures, non influencées par les douleurs. Le vagin était humide et froid. Anxiété. Pouls fréquent et un peu faible. Langue blanche. Le travail ne fit aucun progrès et rien ne changea le jour suivant.

Vers la fin d'avril ou au commencement de mai 1851, quoique nourrissant son premier enfant, un garçon de douze mois, elle eut ses règles pour la première fois depuis son accouchement. Elle sevrà son enfant, mais ne revit plus ses règles un mois après.

Au milieu de février, les mouvements cessèrent. Elle les avait sentis en octobre 1851.

La tumeur abdominale était très-proéminente et d'une forme ovoïde, dure, quoique fluctuante, quand elle était tranquille, elle se trouvait exactement sur la ligne médiane. Par le vagin on sentait l'utérus dur. On ne sentait pas la tête du fœtus. Miction facile et constipation. Défécation difficile et douloureuse. Les douleurs abdominales avaient été violentes et fréquentes pendant la nuit, sans effet sur la dilatation du col de l'utérus; mais la partie inférieure de cet organe descendit sous leur influence dans la cavité pelvienne. Le matin, les douleurs recommencèrent; je donnai de petites doses de tartre stibié, dans le but de produire un relâchement des parties génitales. Ce médicament produisit une détente générale sans effet sur le col.

Le soir suivant, le quatrième jour de son attente, l'état général s'améliora. Dans la première partie d'avril, les douleurs devinrent de nouveau plus actives. L'utérus descendit dans l'excavation pelvienne, mais l'examen de son col me convainquit que celui-ci possédait une plus grande somme de dureté. L'orifice externe permettait l'introduction du doigt dans la cavité cervicale jusqu'à un tiers de pouce. Une sonde de femme fut introduite dans la cavité utérine sans rompre les membranes; cette opération déterminà l'écoulement de quelques gouttes de sang. Pour dilater le col, j'y introduisis le jour suivant la tente-éponge. Six heures après il y avait un écoulement subit de douze onces de sang; le toucher me fit constater l'existence d'une masse aplatie, mais bosselée, d'une

densité demi-cartilagineuse, adhérente à la lèvre antérieure du col utérin. Je craignis qu'il ne s'agît d'un placenta devenu très-dense par le fait de quelque production morbide, développée dans son tissu. Le vagin fut tamponné, des compresses froides appliquées sur la vulve. L'écoulement du sang cessa, mais les douleurs continuèrent sans produire la dilatation de l'orifice.

Je fis appeler le docteur J. Paterson, professeur d'accouchement à l'Université d'Anderson. Il fut d'avis que la petite masse qui paraissait de la lèvre antérieure était une production étrangère naissant du col et non du placenta malade. La patiente, qui était d'un teint pâle et d'une grande faiblesse, se trouvait probablement atteinte d'une affection maligne.

Une semaine après, un examen attentif me convainquit que le col de l'utérus n'était pas complètement oblitéré, qu'il existait à la partie inférieure une portion de la cavité cervicale dans laquelle le doigt pouvait pénétrer; ce que j'avais pris pour un placenta malade, n'était autre chose que la lèvre antérieure de l'orifice, épaissie, indurée, bosselée, avec un dépôt interstitiel de tissu morbide. Il n'y avait pas d'écoulement vaginal fétide, et je ne sentis rien de semblable à une surface ulcérée. Pas d'examen au spéculum.

L'activité utérine persistait dans une grande mesure. Pendant les dix derniers mois elle croissait.

La tumeur utérine s'était éloignée graduellement de la région épigastrique, en devenant moins volumineuse et moins fluctuante. La résistance devint inégale, les membres du fœtus plus facilement perceptibles à travers les parois utérines. La matrice continua à descendre lentement dans la cavité pelvienne, jusqu'à ce que le col fût à une distance d'un pouce du périnée. Un peu de difficulté dans la miction. Défécation longue et douloureuse.

Le 3 novembre, le docteur Gill constata les symptômes d'une péritonite subaiguë, douleur vive; le 17, mort. Pendant la péritonite, le docteur Paterson avait constaté que la sonde ne pouvait être introduite à plus d'un pouce et demi du col.

Autopsie. — Inflammation de la totalité du péritoine, surtout marquée au niveau du fond de l'utérus. A l'incision de l'utérus il s'échappe une certaine quantité de gaz fétide. La tête et les épaules du fœtus sont dans le fond, son siège occupe la partie inférieure de l'utérus dans le petit bassin. Comme le liquide amniotique avait presque complètement disparu, l'enfant était

embrassé très étroitement par les parois utérines et présentait tous les caractères de l'enfant presque à terme.

L'orifice utérin admettait à peine une plume d'oie et se trouvait rempli par une matière épaisse et molle qui empêchait l'écoulement du fluide de la cavité. La circonférence de l'orifice interne consistait dans un anneau complètement fermé et résistant, aussi dur qu'un cartilage. Le même tissu morbide envahissait la portion inférieure du corps de l'utérus, diminuant d'épaisseur à mesure qu'il atteignait les régions les plus élevées. Dans les portions voisines du col, les fibres musculaires étaient tellement atrophiées, qu'elles étaient plus difficilement appréciables. Dans la partie moyenne et au fond de l'utérus, elles étaient évidentes. Sous l'influence de la pression, un segment de tissu dense laisse échapper un fluide opalescent dans lequel on reconnaît au microscope une quantité de matière granuleuse et quelques cellules nucléées et granuleuses.

Cette observation intéressante montre clairement quelle prolongation peut avoir la gestation lorsqu'elle se complique de telles tumeurs.

Ici la durée de la gestation fut excessive : et cette anomalie peut s'expliquer à la fois par la résistance invincible du col complètement infiltré de produits cancéreux et par l'atrophie d'une partie des fibres musculaires de l'utérus, par le néoplasme.

On peut se demander comment le fœtus a pu rester aussi longtemps dans l'utérus, sans produire des accidents avant d'être expulsé ? Ce qui a permis à l'utérus une si grande tolérance, c'est que (comme dans l'observation du Dr Schmit), la poche des eaux était intacte, par conséquent, la putréfaction du fœtus, avec ses complications, devenait impossible ; — conditions qui manqueraient absolument dans les cas de Chantreuil et Liewen.

OBSERVATION IV.

(Prof. Hergott : Fibrome du Segment inférieur et du col : gestation ayant duré dix mois et demi. *Revue méd. de l'Est et Annales de gynécologie* : décembre 1889, p. 412).

M^{me} E..., âgée de 34 ans, enceinte pour la deuxième fois, entre dans mon service à la maternité de Nancy, le 26 mars 1889.

Menstruée régulièrement depuis l'âge de 16 ans, elle s'était mariée à 17 ans, et deux ans après, en 1874, elle était accouchée très facilement d'une fille qu'elle a pu nourrir et qui est bien portante actuellement.

Depuis son accouchement jusqu'au 14 juillet 1888, époque de ses dernières règles, la santé de M^{me} E... avait été excellente. Ses fonctions urinaires et digestives s'exécutaient très normalement, il n'y avait pas de leucorrhée, et rien ne faisait prévoir les troubles graves qui allaient surgir, lorsque, vers le 20 août, quelques jours après avoir été effrayée à la vue d'une bataille entre hommes ivres, elle fut prise d'un ténésme vésical considérable avec rétention incomplète d'urine.

Le 24 août, la miction devenait impossible et on était obligé d'appeler un médecin pour pratiquer le cathétérisme. Depuis cette époque la malade garda le lit et pendant les deux mois qui suivirent elle dut être sondée deux fois par jour. Ses urines étaient cependant claires et limpides. En même temps M^{me} E... se plaignait de violentes douleurs dans le bas-ventre qui survenaient d'une manière intermittente deux ou trois fois par jour et qui n'étaient produites, ni exaspérées par la pression. Les gardes-robots étaient très difficiles et très pénibles et ne s'effectuaient qu'à l'aide de purgations. Elle avait aussi des vomissements alimentaires fréquents.

Un jour, dans le courant de septembre, le médecin qui la soignait crut sentir un calcul vésical, avec l'extrémité de la sonde. Il appela M. le professeur agrégé Rohmer pour l'opérer. Ce dernier, après l'avoir examinée avec soin, ne trouva pas de calcul, mais crut reconnaître que l'utérus, probablement distendu par un produit de conception, était en état de rétroversion.

Les troubles dans l'émission des urines persistèrent presque encore dans le milieu d'octobre. A partir de ce moment, la malade

put uriner spontanément, et son ventre, qui était resté assez plat, commença à augmenter de volume, mais d'une façon irrégulière. Elle aurait d'abord constaté l'existence d'une tumeur qui aurait atteint rapidement l'ombilic, puis il s'en serait développé une seconde qui n'aurait pas tardé à envahir tout le flanc droit.

Au mois de janvier, c'est-à-dire six mois après l'apparition de la dernière époque menstruelle, M^{me} E... aurait senti dans l'hypochondre droit, mais très faiblement, les mouvements de l'enfant. M. le professeur agrégé Remy, qui lui a donné des soins depuis le mois de novembre, n'a jamais pu les percevoir. L'auscultation ne lui a jamais permis non plus de découvrir des battements qui ne fussent pas isochromes avec le pouls maternel.

Vers le milieu de février, le ventre devint sensible à la pression : il se météorisa et tout mouvement devint douloureux. L'appétit disparut presque complètement, les vomissements se répétèrent plus fréquemment, ils étaient bilieux, verdâtres, et la constipation fut encore plus considérable qu'au début.

Les mouvements de l'enfant s'affaiblirent peu à peu, ils devinrent plus rares, et vers le 10 mars, la mère finit par ne plus les percevoir.

La distension abdominale sembla diminuer un peu, mais comme l'état général, loin de s'améliorer, s'aggravait de jour en jour, M^{me} E... se décida, sur les conseils de M. Remy, à venir se faire soigner à la maternité.

A son entrée, je trouve M^{me} E... très débilitée et très amaigrie, elle ne peut quitter son lit. Elle ne dort plus, ses fonctions digestives sont très altérées ; l'appétit est nul et les garde-robes difficiles. La température est de 38°6 le soir ; le thermomètre marque 37°. Le pouls est petit, fréquent, 128. Les seins sont flasques et peu développés ; on fait sortir un peu du colostrum par la pression.

L'abdomen présente une augmentation considérable, sa forme est irrégulière ; son grand diamètre, qui est transversal, est dirigé de droite à gauche et de haut en bas. Par la palpitation qui, même légère, est douloureuse, on délimite nettement une tumeur médiane, dure, assez régulière, s'étendant du détroit supérieur à l'ombilic. Elle est surmontée de deux petites tumeurs rénitentes et mobiles, de la grosseur d'un œuf, qui semblent greffées sur elle.

A ce niveau, le fond de la tumeur s'élève brusquement vers l'hypochondre droit de manière à former un angle ouvert en haut et à gauche. Cette tumeur, qui envahit tout le flanc droit, remonte

jusqu'à 4 centimètres du rebord des fausses côtes. Sa consistance est moins ferme que la tumeur précédente ; elle est même un peu rénitente. Bien qu'en raison de la forte tension de cette tumeur et de la sensibilité de l'abdomen, il soit très difficile de pratiquer la palpation profonde, on parvient cependant à faire balloter une partie fœtale, arrondie, mais il ne nous est pas possible d'affirmer que ce soit l'extrémité céphalique.

C'est dans cette région également que M^{me} E... dit qu'elle percevait, il y a une quinzaine de jours, les mouvements du fœtus.

La circonférence du ventre prise à la hauteur de l'ombilic est de 112 centimètres.

À l'auscultation, on n'entend qu'un souffle utérin un peu au-dessous de l'ombilic et surtout à gauche. Je ne découvre nulle part de battements redoublés.

Par le toucher, je trouve le cul-de-sac postérieur distendu par une masse arrondie, dure, de consistance fibreuse, recouvrant presque complètement le détroit supérieur et remplissant la moitié de l'excavation. En avant, derrière la symphyse pubienne, et légèrement à droite, le doigt pénètre dans un canal au bord duquel doit se trouver le col utérin, mais il est impossible de l'atteindre. En présence de ces faits, je crois pouvoir conclure que M^{me} E..., vraisemblablement enceinte depuis la deuxième quinzaine de juillet, se trouve arrivée au commencement du neuvième mois, que le fœtus a succombé depuis quelques jours et que tous les accidents qui ont été observés sont dus à la présence d'une tumeur fibreuse développée dans la partie inférieure gauche de l'utérus. Cette tumeur qui, avant la grossesse, n'avait manifesté sa présence par aucun symptôme, qui était, en quelque sorte, à l'état latent et qui, vraisemblablement, devait avoir été peu volumineuse, avait subi un accroissement rapide sous l'influence de la peractivité imprimée à l'utérus par la fécondation. Pendant les premiers mois elle avait occasionné ces phénomènes de compressions vésicale et rectale qui avaient nécessité un cathétérisme biquotidien et l'emploi de purgatifs énergiques ; puis l'utérus se développant peu à peu, s'élevant au-dessus de la symphyse pubienne et entraînant avec lui ce néoplasme, avait désobstrué l'excavation, ce qui avait permis à la malade d'uriner de nouveau spontanément.

Mais cette tumeur devenue abdominale avait continué à s'accroître et formait la plus grande partie de la masse dure qui partait de l'excavation pour remonter jusqu'à l'ombilic. Quant au fœtus, il s'était développé dans la corne extérieure qui s'élevait dans le flanc droit jusqu'au niveau des fausses côtes.

La situation, on le voit, était grave, et ce n'était pas sans anxiété que je me demandais comment l'expulsion du fœtus pourrait s'effectuer. Cependant je dois avouer que le souvenir de cas analogues qui s'étaient terminés spontanément par un mécanisme de désobstruction pelvienne bien étudié en 1868, à la Société de Chirurgie, par MM. Depaul, Blot, Guéniot et Tarnier, m'avait laissé espérer qu'il ne serait peut-être pas nécessaire d'avoir recours à l'opération césarienne.

En tous cas, comme le fœtus était mort, il n'y avait pas à en arrêter le développement en interrompant le cours d'une grossesse par un accouchement qu'il m'aurait été, vu la situation du col, impossible de provoquer.

Je n'avais donc qu'à attendre le commencement du travail en cherchant à utiliser le laps de temps qui pourrait exister jusqu'à ce moment pour remonter l'état général de ma malade, qui était très précaire; l'inappétence était complète et des vomissements bilieux fréquents l'affaiblissaient beaucoup.

Les jours qui suivent son entrée à la Maternité sont meilleurs; le pouls reste toujours fréquent, 110, mais la température s'abaisse et devient presque normale; les vomissements sont plus rares, l'appétit même semble reparaitre, et M^{me} E... peut dormir pendant quelques heures.

Le 6 avril, elle perd une certaine quantité d'un liquide clair que l'on suppose être du liquide amniotique, bien qu'il n'en ait pas franchement l'odeur. Le ventre diminue de volume (circonférence 107 centimètres), et la tumeur, qui semble située à gauche, semble descendre un peu dans l'excavation; elle remonte moins haut. Les deux petites tumeurs greffées sur elle sont à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Le 9 avril, la malade perd un liquide rougeâtre contenant quelques petits fragments membraneux qui, examinés au microscope, ne présentent rien de caractéristique et dont il n'est pas possible de reconnaître l'origine.

Cet écoulement dure jusqu'au 24 avril; pendant ce temps

les seins deviennent plus volumineux, ils sont turgescents et il s'en écoule du lait à la pression.

Le volume de l'abdomen continue à diminuer progressivement; le 27 avril, époque qui correspond à la fin du neuvième mois de la gestation, sa circonférence n'est plus que de 98 centimètres.

Cet écoulement, qui ressemble par sa couleur et sa durée à des lochies, cette absence de travail chez une femme arrivée au terme de la grossesse, alors que le fœtus a succombé depuis près de six semaines, m'étonnent, et je me demande si le diagnostic précédemment porté de grossesse utérine compliquée de tumeur fibreuse est bien exact, et si nous ne nous trouvons plutôt en présence d'une grossesse extra-utérine qui aurait été la conséquence de la présence de fibrome utérin !

On sait, en effet, ainsi que M. Lefour (1) l'a appelé dans sa thèse si remarquable sur les fibromes utérins, que, sous l'influence de volumineuses tumeurs fibreuses, il se produit des poussées inflammatoires qui donnent naissance à des adhérences qui s'opposent à la mobilité de la trompe et, par suite, à leur adaptation sur l'ovaire au moment de la rupture des follicules de Graaf. Dans ces conditions, l'œuf fécondé ne pouvant pénétrer régulièrement dans la trompe et de là dans l'utérus, va se greffer en un point quelconque de la séreuse péritonéale et constituer une grossesse ectopique. Parmi les observations de grossesses extra-utérines compliquées de fibromes, je mentionnerai celles de Stolti (2), d'Allport (3), d'Harley (4), de Breslan (5), de Conradi (6), de Leopold (7).

S'il en était ainsi, notre ligne de conduite était encore pour le moment nettement tracée; nous devions, vu sa gravité, nous abstenir de toute intervention tant que l'état général de notre malade ne l'exigerait pas impérieusement. Si, le plus souvent, dans les grossesses extra-utérines simples, l'accou-

(1) Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement. Thèse d'agrégation, Paris, 1880, p. 82.

(2) Thèse de Roth. Strasbourg, 1844.

(3) Allport, The Lancet, Londres, 1845, p. 430.

(4) The Lancet, Londres, 1859, p. 510.

(5) Monatsschrift, für Geburt, 1863. XXI suppl. 119.

(6) Norsk. Mag. f. Lagewid, 1876.

(7) Archiv, für Gynækologie, 1878.

cheur agit sagement en pratiquant la laparatomie ou l'olytrotomie six semaines environ après la mort du fœtus, ainsi que le recommande mon savant ami le professeur Pinard (1), alors que les dangers de l'hémorrhagie causée par l'incision du placenta sont moins à redouter, il est des cas et ils sont assez nombreux, dans lesquels le kyste fœtal a pu être toléré indéfiniment sans altérer la santé de la femme, M. le professeur Tarnier vient tout récemment encore d'en rapporter à l'Académie (2) un nouvel exemple datant de 33 ans, et pour ma part, je me rappelle avoir vu en 1876, alors que j'étais à Vienne, le Dr H. Chiari (3), actuellement professeur d'anatomie pathologique à Prague, pratiquer l'autopsie d'une femme dans le ventre de laquelle se trouvait un lithopédion depuis un demi-siècle. M. le Dr Schuhl (4), a de plus démontré dans sa thèse, par de nombreux exemples — il en existe 52 — que non seulement les kystes fœtaux extra-utérins peuvent être tolérés, mais qu'ils ne sont pas toujours un obstacle à de nouvelles grossesses.

Je crus donc devoir attendre, espérant que l'amélioration que j'étais heureux de constater irait en s'accroissant et que je pourrais éviter une intervention dont je ne me dissimulais pas les dangers.

Mon espoir fut de courte durée ! Quelques jours après, la fièvre recommence, le thermomètre s'élève le soir à 39°4; le pouls est à 112. Madame E... se plaint de céphalalgie; l'inappétence est complète, le ventre se météorise, devient plus douloureux, surtout à droite. La miction est difficile et pénible; on est obligé de pratiquer le cathétérisme.

Le 13 mai la situation devient encore plus alarmante. La malade est très affaiblie, elle est presque toujours couverte de sueurs. A la constipation observée les jours précédents succède une incontinence de matières fécales. La tumeur du flanc droit est plus tendue, plus volumineuse, elle atteint le rebord costal.

Les jours suivants sont encore plus mauvais, la température reste matin et soir au-dessus de 39°. L'haleine devient fétide, il y a du hoquet, des vomissements alimentaires fréquents, de

(1) Annales de Gynécologie, Paris, avril 1889, p. 241.

(2) Séance du 23 juillet 1889. Bull. de l'Acad., p. 57.

(3) Wiener, Méd. Wochen schrift, n° 42, 1876.

(4) Thèse de Nancy, 1883, n° 180.

la diarrhée. Enfin, le 22, nous croyons percevoir par la palpation une légère crépitation gareuse au niveau du flanc droit.

En présence de ce dernier symptôme, il n'y plus à hésiter, il faut agir, il faut débarrasser la malade de ce fœtus qui se putréfie et dont elle serait promptement la victime, quelque mauvais que soit son état, quelque chanceux que soit le résultat de notre intervention.

L'opération décidée est pratiquée le même jour à trois heures, en présence de mon père, avec l'assistance de mes collègues les professeurs Weiss, Heydenreich, Gross, Rohmer, Rémy et du personnel du service. Nous allions enfin savoir si le fœtus était retenu dans la cavité utérine comme nous l'avions pensé à l'entrée de M^{me} E... dans notre service, ou si nous avions affaire à une grossesse extra utérine, ainsi que certains symptômes récents que je viens de rapporter étaient de nature à nous le faire supposer. Après avoir lavé la paroi abdominale avec de la liqueur de Van Swieten, je fais à trois centimètres environ de la ligne blanche et un peu au-dessus de l'ombilic, une incision suivant une direction légèrement oblique en bas et en dedans, directement sur la partie de la tumeur où le ballonnement fœtal avait été perçu. Cette incision s'arrête à quatre centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope, elle mesure 19 centimètres. Elle comprend les diverses couches musculaires et la séreuse péritonéale.

Cette section de la paroi abdominale nous permet de voir une tumeur lisse, rougeâtre, rénitente, à parois minces, ressemblant à une vessie considérablement distendue et probablement constituée par l'utérus. Elle n'est pas adhérente en avant, cependant on constate l'existence de brides cicatricielles à gauche, mais assez éloignées de l'incision.

Pour éviter que le liquide qu'elle contient ne pénètre dans la cavité péritonéale, je crois devoir, avant de l'ouvrir, fixer cette tumeur par des points de suture à la paroi abdominale. Un premier fil d'argent est donc placé à sa partie supérieure, mais comme sa paroi est extrêmement mince à ce niveau, deux millimètres à peine, le fil coupe les tissus et un liquide noirâtre jaillit par le point d'entrée du fil d'argent. Pour en faciliter l'écoulement j'essaye d'en faire l'aspiration avec l'appareil de Potain, mais l'évacuation se faisant mal, je suis obligé de retirer le trocart et de fermer l'ouverture faite par la ponction à l'aide d'une pince à forcipressure.

Le liquide, pendant ce temps-là, continue à s'écouler par le premier orifice produit par le point de suture que nous avions essayé de placer. Au début, il est noirâtre et semble formé par du liquide amniotique mélangé à du méconium, puis, peu à peu, il devient grisâtre et fétide et finit par prendre l'aspect nettement purulent. On en recueille environ trois à quatre litres.

La pression intra-kystique ayant diminué, l'écoulement se fait mal. J'incise la poche fœtale sur une longueur de dix centimètres, après avoir pris toutes les précautions nécessaires pour empêcher la pénétration du liquide dans la cavité péritonéale. Pour cela j'essaye d'attirer la poche au dehors, mais je n'y parviens que faiblement. On applique des serviettes tout autour de la tumeur que l'on maintient solidement contre la paroi abdominale.

Il s'écoule encore pendant cette manœuvre un demi-litre d'un liquide purulent et fétide.

J'agrandis l'incision; les pieds du fœtus deviennent apparents, je les saisis et j'extrais facilement un enfant macéré qui était en situation acromio-iliaque gauche de l'épaule droite.

La tête était située dans le flanc gauche reposant sur la tumeur utérine qui obstruait l'excavation. Le poids était de 2,400 grammes, sa longueur mesurait 43 centimètres. Le ventre était ballonné et l'épiderme se détachait au niveau des membres inférieurs. Le diamètre bipariétal était de 11 centimètres; le sous-mento-bregmatique était de 10 centimètres et demi.

Le cordon est sectionné et la poche fœtale est lavée avec une solution saturée de Naphtol β au moyen d'un tube en siphon jusqu'à ce que le liquide redevienne clair.

On aperçoit, adhérents sur le côté gauche, les deux petits fibromes que l'on percevait par le palper au niveau de l'ombilic pendant la grossesse.

L'examen attentif de la structure des parois de la cavité dans laquelle le fœtus était contenu, nous montre que les hypothèses de grossesse extra-utérine, que nous avons cru devoir émettre en raison des symptômes observés dans le courant du premier mois, n'étaient pas exactes. Ces parois, qui ne mesuraient pas plus de deux à trois millimètres d'épaisseur, étaient constituées, par du tissu musculaire, par l'utérus. Nous nous trouvions en présence d'un cas de rétention fœtale, de

grossesse prolongée, dans un utérus dont les fonctions d'expulsion avaient été altérées par la présence d'une tumeur fibreuse située au niveau du segment inférieur. Le diagnostic de grossesse utérine compliquée de tumeur fibreuse, qui avait été porté à l'arrivée de M^{me} E... à la maternité, était le vrai.

Malheureusement le tissu musculaire de cet utérus qui venait d'être si considérablement distendu avait subi des transformations qui lui avaient fait perdre la plus grande partie de ses propriétés; la rétractilité était peu marquée et leur contractilité faisait complètement défaut, l'utérus restait inerte et ses parois ne revenaient que très faiblement sur elles-mêmes. Le placenta, inséré sur le côté gauche, était complètement adhérent.

En présence de cet état de choses que devons-nous faire?

Pratiquer artificiellement la délivrance, décoller un placenta adhérent à une paroi malade, incapable de se contracter, c'eût été exposer notre malade à tous les dangers d'une hémorrhagie formidable qui l'aurait fait succomber en quelques instants.

Enlever la tumeur avec l'utérus, c'était théoriquement le procédé qui pouvait sembler indiqué au premier abord. M^{me} E... aurait été à la fois délivrée de sa tumeur, et aurait évité les dangers d'un décollement placentaire fait dans de si déplorable conditions; mais elle était dans un tel état d'épuisement qu'elle était incapable de résister à une pareille opération. Elle aurait certainement succombé au traumatisme qui eût été extrêmement considérable, en admettant même qu'on fût parvenu à désenclaver la tumeur et à la libérer des adhérences qui existaient surtout à gauche. Cette méthode était encore inadmissible.

Ne pouvant ni décoller le placenta en raison de l'inertie absolue de l'utérus, ni enlever cet organe à cause de la tumeur volumineuse qui obstrue l'excavation, je pense qu'il est indiqué de suturer les bords de la plaie utérine aux bords de la plaie abdominale, de laisser le placenta en place, et d'attendre qu'il se décolle spontanément. En un mot, je crois devoir me comporter en présence de cette cavité utérine comme si j'avais affaire à un kyste fœtal dans une grossesse ectopique.

Je suis d'autant plus disposé à agir ainsi que le seul danger réel d'une pareille intervention est la résorption septique. Or, je puis espérer combattre les accidents d'infection produits par l'abandon du placenta dans la cavité utérine au moyen d'un agent antiseptique

non toxique, le naphthol β ., dont M. Pinard (1) vient tout récemment de faire connaître les avantages qu'il a retirés de son emploi dans deux cas de grossesse extra-utérine. On sait, ainsi que l'a démontré M. Bouchard (2) « Que les matières organiques en pleine putréfaction placées dans l'eau additionnée de naphthol cessent de se putréfier et perdent rapidement leur fétidité. »

Je me décide donc à ne pas pratiquer la délivrance artificielle et à employer cet agent antiseptique. Je n'avais plus à craindre les dangers d'intoxication qui n'auraient pas manqué de se produire, si j'avais fait usage des solutions phéniquées ou mercurielles, en raison de la stagnation du liquide dans cette large cavité.

Après avoir lavé le péritoine avec de l'eau distillée, je réunis, avec six fils d'argent, dix centimètres de la paroi abdominale correspondant à la partie supérieure de l'incision, en ayant soin de bien mettre en contact les bords de la séreuse péritonéale. J'assure la consolidation de cette suture par quatre épingles et par quatre fils de soie superficiels. Le reste de la plaie est suturé aux parois utérines à l'aide de quinze points de suture au fil d'argent, de façon à bien isoler la cavité utérine de la cavité péritonéale.

J'irrigue de nouveau largement la cavité utérine avec une solution de naphthol β , puis je procède au pansement. J'insuffle de l'iodoforme dans l'utérus et sur les lèvres de la plaie. Je place trois drains en caoutchouc de la grosseur du petit doigt et longs de 5 centimètres à côté du fragment placentaire du cordon auquel j'avais attaché un gros fil. On recouvre les sutures avec de la gaze iodoformée et du coton salicylé et le tout est maintenu par du coton et une bande de tarlatane. L'opération est terminée à 5 heures et demie.

La malade est reportée dans son lit dans un état d'abattement profond, bien qu'elle n'ait pas perdu plus de vingt grammes de sang pendant toute la durée de l'opération. On est obligé de faire successivement, dans l'espace de deux heures, cinq injections sous-cutanées d'éther.

La nuit suivante est relativement assez bonne; la malade s'intéresse à ce qui se passe autour d'elle; elle prend 300 grammes de champagne glacé; mais ne pouvant uriner spontanément, on est obligé de la sonder.

(1) Académie de méd., séance du 12 mars 1889.

(2) Académie des sciences, séance du 24 octobre 1887.

Le lendemain 23 mai, le pouls est à 128, le thermomètre marque 39°2. Malgré cette température, M^{me} E... dit se trouver assez bien. Elle a de nombreuses selles diarrhéiques involontaires que l'on combat avec du salicylate de bismuth, deux grammes, mélangé à de l'extrait thébaïque, trois centigrammes. La rétention d'urine persiste. On soutient la malade avec du lait et du champagne glacé. J'attends jusqu'au soir à quatre heures pour changer le premier pansement afin de permettre aux adhérences utéro-abdominales de s'établir. Je ne trouve pas le ventre douloureux; il n'est pas ballonné. La plaie a bon aspect; les sutures tiennent bien. Je fais une irrigation de la cavité utérine avec une solution de naphtol, jusqu'à ce que le liquide injecté ressorte clair. Comme le vagin reste parfaitement sec et qu'il ne s'écoule rien par l'orifice du col, j'ai soin qu'il reste une certaine quantité de liquide dans l'utérus, de façon à ce que le placenta soit toujours baigné, comme dans un bocal, par la solution antiseptique.

La solution aqueuse étant en somme assez faible, puisqu'un litre d'eau distillée ne dissout que 25 centigrammes de naphtol, j'augmente la quantité de naphtol en y ajoutant un peu d'alcool, ainsi que l'a fait M. Budin, et j'emploie une solution ainsi composée : Eau distillée, 1 litre ; alcool, 10 grammes ; naphtol β , 40 centigrammes. L'irrigation terminée, je refais le même pansement que précédemment.

Le 24 mai, 3^e jour après l'opération, le pouls est à 112 le matin est à 128 le soir. La température varie de 38° à 39°3, l'émission des urines se fait régulièrement, le ventre reste insensible à la pression, cependant la diarrhée continue. On nourrit la malade avec du lait, du consommé et du champagne. J'enlève les quatre épingles superficielles, et je les remplace par des mèches collodionnées pour soutenir les sutures profondes au fil d'argent.

Le lendemain 25, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°8, mais les selles diarrhéiques étant toujours abondantes et fétides, j'augmente la dose de salicylate de bismuth, elle en prend 4 grammes.

Le 26, les lèvres de la plaie se dépriment, attirées en dedans par la rétractilité utérine.

Le placenta résiste à nos tractions sur le cordon; il reste toujours fortement adhérent.

La première partie de l'injection ressort brunâtre; puis elle redevient aussi claire que les jours précédents.

Le 27, 6^e jour, la diarrhée diminue. Comme au début de chaque injection le liquide ressort sanieux, brunâtre et un peu fétide, je crois devoir augmenter le nombre des pansements pour éviter les accidents de résorption septique. On en fait six au lieu de quatre par 24 heures et on emploie quatre à six litres de naphtol chaque fois.

Par le toucher vaginal se trouve le petit bassin toujours rempli par la tumeur, cependant je crois atteindre l'orifice du col qui se trouve à gauche immédiatement après le pubis.

Le 31, 10^e jour, j'enlève tous les points de suture, la réunion est complète.

Je conserve toutefois les sutures sèches au collodion par mesure de prudence.

La plaie utéro-abdominale a un peu diminué, les trois tubes de drainage sont plus à l'étroit.

Le 2 juin, madame E..., qui semblait se relever un peu les jours précédents, s'affaiblit malgré les toniques (vin de Bordeaux, potion à l'extrait de quinquina) qui lui sont administrés. On est obligé de la coucher sur un matelas à cause d'une eschare au sacrum. Elle se plaint de céphalalgie, elle a du hoquet, de légères envies de vomir; les selles diarrhéiques reparais-sent.

La cavité de l'utérus a la forme d'un triangle isocèle à angles très aigus en raison de la convexité des parois. La base de ce triangle est à droite et se trouve formée par le rebord de l'utérus qui est parallèle au bord droit de l'incision abdominale. Les deux autres côtés sont constitués l'un intérieur, par la partie supérieure de la tumeur insérée par le segment inférieur de l'utérus, l'autre le supérieur, par le fond même de l'utérus. Les trois angles sont formés, l'un par la réunion du bord de la tumeur avec la partie supérieure de l'utérus, il est dirigé vers le côté gauche; le second correspond à l'orifice interne du col qui est toujours imperméable; enfin le troisième correspondant à la partie supérieure de l'incision utéro-abdominale, se confond vraisemblablement avec l'orifice de la trompe droite. Le placenta est inséré sur la paroi antérieure à gauche de l'incision.

Je touche la malade et je ne parviens plus à atteindre le

col que j'avais cru sentir il y a deux jours; la tumeur est moins volumineuse.

Le 3 juin, 13^{me} jour, en faisant comme d'habitude des tractions légères mais soutenues par le cordon, je parviens enfin à extraire un fragment du placenta avec des membranes chorionales qui lui étaient adhérentes et qui tapissaient la cavité utérine.

A partir de ce jour, je pus presque à chaque pansement retirer des fragments du placenta plus ou moins volumineux.

Comme je n'avais plus de cordon pour me servir de tracteur et comme je devais éviter de léser les parois de l'utérus, je crus devoir procéder de la façon suivante : pendant que j'irriguais la cavité utérine au moyen d'une sonde vaginale courbe en verre à parois épaisses, mais dont l'extrémité avait la forme d'un cône allongé, j'introduisais par l'ouverture abdominale, l'index de la main droite le long de cette canule tenue par la main gauche, et, par le toucher sous l'eau, je parvenais à différencier du tissu utérin les fragments du placenta fœtal plus ou moins adhérents que l'infection d'eau naphtolée faisait flotter. J'extrayais alors les lambeaux placentaires que j'avais pu saisir en les comprimant avec mon doigt sur la canule.

Cette « pêche placentaire » dura pendant onze jours, jusqu'au 14 juin, 24^{me} jour après l'opération.

A partir de ce moment, l'état de Madame E..., se relève sensiblement, la température s'abaisse, redevient normale et l'appétit reparait.

La plaie utéro-abdominale tend à se refermer; on la maintient cependant encore ouverte avec deux tubes afin de pouvoir continuer à irriguer la cavité utérine qui diminue notablement.

Quelques jours après le 30 juin, l'orifice utéro-abdominal est tellement rétréci qu'on ne parvient plus à introduire qu'un seul tube. Comme le liquide injecté ressort aussi clair qu'à son entrée, je ne tarde pas à enlever cet obstacle à la réunion de la plaie utérine.

Le 18 juillet, la cicatrisation est complète.

Madame E... se trouve suffisamment bien pour pouvoir se lever.

A la fin du mois, je l'examine et je ne parviens que très difficilement à délimiter par le palper la tumeur utérine qui se trouve au-dessous de l'ombilic; elle est molle et très amoindrie.

Par le toucher je l'atteins à peine, mais je constate que le col est accessible au fond du canal vaginal.

Ce fibrome, qui, dans les derniers mois de la grossesse, remplissait la partie supérieure de l'excavation, avait subi parallèlement à l'utérus une involution remarquable puisqu'il nous était si difficile de le retrouver et de le délimiter.

De pareils régressions cependant ne sont pas rares, les thèses de E.-S. Lambert (1), de Lefont (2), de Chabazian (3), etc., en contiennent de nombreux exemples. Ce mode de « guérison physiologique » est important à connaître; l'accoucheur doit l'avoir présent à l'esprit lorsqu'il est obligé d'intervenir; il pourra ainsi éviter d'exposer la malade aux dangers souvent mortels d'une ablation que l'involution fibro-utérine aurait rendue inutile.

Le 1^{er} août, Madame E..., sort de la maternité complètement rétablie. Elle continue depuis à se bien porter, vaquant à ses occupations comme par le passé.

Je n'insisterai pas sur les diverses particularités que je n'ai fait qu'effleurer dans le cours de cette observation; cela nous entraînerait trop loin. Je ne saurais toutefois terminer ce travail sans appeler l'attention des accoucheurs sur un fait qui montre nettement que, dans certains cas exceptionnels, dans lesquels le médecin est obligé de pratiquer l'opération césarienne, il pourra, après avoir suturé l'utérus à la paroi abdominale, laisser le placenta adhérent dans la cavité utérine et éviter ainsi les hémorrhagies si redoutables de la délivrance artificielle immédiate. Le naphthol β , cet agent antiputride non toxique, en diminuant considérablement les dangers de la résorption septique, lui permettra d'attendre son décollement spontané sans crainte d'hémorrhagie.

Dans cette intéressante observation que nous avons cru devoir publier in-extenso, la prolongation de cette grossesse au delà du terme s'explique bien par l'obstacle mécanique déterminé par la tumeur fibreuse de l'utérus.

(1) Les grossesses compliquées des myomes utérins. Th. Paris, 1870.

(2) *Loc. cit.* p. 47 et p. 254 avec indications bibliogr. nombreuses.

(3) Des fibromes du col de l'utérus au point de vue de la grossesse et de l'accouchement, p. 31. Th. Paris, 1882.

M^{me} X..., atteinte des corps fibreux, devient enceinte. La grossesse, malgré les graves accidents, évolue jusqu'à terme; à cette époque le fœtus meurt. La grossesse se prolonge, l'accouchement ne se fait pas, l'obstruction du bassin par un corps fibreux le rendant impossible. Toutefois on peut discuter sur l'interprétation de cette observation; nous avons entendu le professeur Pinard émettre des doutes sur la véritable nature de cette grossesse et la considère comme une *grossesse extra-utérine*: c'est une opinion qui paraît en effet plausible si l'on analyse avec soin les symptômes de cette grossesse anormale et les constatations faites au moment de l'opération.

OBSERVATION V (Résumée)

Rétention fœtale prolongée dans un cas de grossesse utérine; provocation de l'accouchement douze mois et demi après le début de la grossesse, incisions multiples du col. Guérison. (Observation inédite, recueillie par M. le Dr Lepage, chef de clinique).

M^{me} X., âgée de 33 ans, femme de chambre, entre à la Clinique le 27 avril 1893; elle est d'une bonne constitution. Nous notons comme antécédents héréditaires: Père mort de fluxion de poitrine, mère bien portante; une sœur morte de paralysie.

La malade a marché à neuf mois; a toujours bien marché; la menstruation (à 11 ans) a toujours été bien régulière; comme antécédents pathologiques personnels, rien d'important à noter.

En 1881, M^{me} X... a eu un accouchement à terme spontané d'un enfant, mort 17 jours après la naissance.

Cette femme devient enceinte pour la seconde fois en 1892; d'après son dire, elle a eu ses dernières règles du 5 au 10 mai 1892 et elle a senti les mouvements actifs du fœtus le 15 septembre 1892.

Comme accidents et complications pendant cette grossesse: Nausées, vomissements au début.

Depuis le 25 février 1893 elle ne sent plus remuer son enfant; le 26 février 1893 survient une hémorrhagie qui est

apparue brusquement pendant la nuit, sans douleur, et qui a cessé au bout de 20 minutes.

Pas de difficulté pour aller à la garde-robe ; quelques difficultés à la miction.

Traces d'albumine dans les urines. Par l'examen général, on constate que le squelette est normal, que la peau, le cœur, les poumons sont sains, pas de varices, pas d'œdème.

L'examen obstétrical nous montre que les seins sont bien conformés ; le ventre volumineux, quelques vergétures.

L'utérus, ayant une hauteur de 30 centimètres, est incliné à gauche et présente une tumeur dure, irrégulière et immobile.

La tension des parois abdominales est moyenne.

Pas de présentation : rien d'engagé.

Le bassin est normal.

L'auscultation ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Le 7 mai, pas d'albumine :

La femme présente à la face antérieure du cou une tumeur proéminente, ayant à son sommet une coloration rouge.

Cette tumeur se continue sur le côté gauche du cou dans la région carotidienne et paraît dépendre de la glande thyroïde. La partie rouge a l'air d'être abcédée.

9 mai : La femme perd un liquide fortement coloré.

12 mai, soir : La femme perd un liquide roussâtre : pas d'albumine.

16 mai : L'écoulement du liquide séro-sanguinolent continue.

17 mai : M. Pinard pratique l'examen à 10 heures du matin, et conclut à une grossesse utérine avec fœtus mort dans la cavité utérine par une tumeur du segment inférieur située en arrière. En raison de la température du 16 au soir, 38°4, et de l'ouverture de l'œuf, il se décide à intervenir.

La femme étant sous le chloroforme, à 11 heures, introduction du petit ballon Champrier de Ribes.

A 1 h. 15 minutes du soir : M^{lle} Roze (sage-femme en chef), examinant, trouve le ballon vide dans le vagin. A 2 h., la température est de 37°5. A 3 h. 5 minutes, on donne le chloroforme et M. Lepage introduit une seconde fois le petit ballon Champrier. A 3 h. 20 minutes, il constate en outre que l'utérus est complètement dévié vers la gauche. Sur la ligne médiane l'utérus remonte à 28 centimètres au-dessus de la symphyse. De la ligne médiane à

droite, il atteint la hauteur de l'ombilic ; à gauche, il remonte à 32 centimètres.

A 4 h. 45, une contraction, cinq minutes après une autre contraction ; elles se succèdent ainsi toutes les 5 ou 10 minutes, pendant une heure, puis s'arrêtent.

A 6 h., on administre à la malade un cachet de chloralose.

A 8 h., M^{lle} Roze trouve une seconde fois le ballon vide dans le vagin.

A 9 h., la température est de 38°2.

Pouls : 120.

A 9 h. 45 : On administre de nouveau le chloroforme. M. Pinard, pratiquant le toucher manuel, constate qu'il existe au niveau du segment inférieur une énorme tumeur faisant saillie dans le cul-de-sac latéral gauche passant en avant à 7 centimètres le long de la paroi antérieure. On arrive, en outre, sur une autre tumeur mobile qui est manifestement une petite partie fœtale.

Le liquide qui s'écoule n'a aucune odeur.

A 10 h., introduction du gros ballon Champtier (avec 300 grammes de liquide).

Les contractions sont tout d'abord fréquentes. De minuit à 3 h., la femme a plutôt des douleurs lombaires, quelques contractions très rares dans l'intervalle desquelles elle peut dormir.

A 3 h., l'orifice est dans le même état. On retire du ballon 60 grammes de liquide.

La fréquence des contractions n'augmente pas.

A 6 h., la température est de 37°2.

A 9 h., la température monte à 38°4.

On injecte 150 grammes de liquide dans le ballon. 0,20 centigrammes de quinine.

A 2 h., température 38°5.

18 mai : A 1 h. 1/2, M^{lle} Roze retire 60 grammes de liquide. Les contractions sont un peu plus intenses, mais peu fréquentes.

A 3 h. 40 : traction sur le ballon, on remet de nouveau 60 grammes de liquide. Contractions plus fréquentes.

6 heures soir : Petites incisions sur le col.

6 h. 15 : extraction du ballon.

6 h. 24 : Le professeur Pinard essaie à différentes reprises d'attirer un membre dans le vagin, mais il a la main serrée par l'utérus.

6 h. 29 : M^{lle} Roze abaisse le pied gauche.
6 h. 39 : M. Pinard achève l'extraction.
6 h. 40 : section du cordon.
6 h. 46 : dégagement du bras antérieur.
6 h. 49 : dégagement du bras postérieur.
6 h. 50 : M. Pinard fait la délivrance artificielle. Lavages utérins et vaginaux. Tamponnement vaginal à la gaze iodoformée.
19 mai : Douleurs à gauche de l'abdomen; la malade sommeille par instants, boit souvent.
20 mai : A 2 h. matin. Douleurs vives aiguës faisant pousser un cri à la malade et disparaissant rapidement pour revenir brusquement; on lui fait une piqûre de morphine.
Les douleurs sont moins vives et la malade repose. Sac de glace sur le ventre.
21 mai : Douleurs abdominales dans la nuit; piqûre de morphine; accalmie. 8 h. matin, température 38°6; 0,25 centigrammes de quinine.
Pouls: 100; langue humide.
22 mai : La malade a dormi sans piqûre de morphine; plusieurs garde-robes spontanées dans la nuit; nausées; vomissements; la malade a mangé un peu dans la soirée; à 8 h. soir, on lui administre 0,20 centigrammes de chloralose.
23 mai : Nuit bonne; douleurs abdominales siégeant à gauche, moins vives; on retire le tampon.
25 mai : L'état de la malade s'améliore tous les jours. La tumeur siégeant en avant du cou disparaît rapidement de jour en jour.
19 juin : M. Pinard examine cette femme, il trouve une large cicatrice à gauche du col, et constate un fibrome siégeant dans une grande étendue du segment intérieur.
La femme se lève le 19 juin, part au Vésinet le 1^{er} juillet 1893.

Température pendant les suites de couches.

1 ^{er} jour après l'accouchement :	4 ^e jour : 38°4. Soir. Pouls : 96.
38°. Pouls : 120.	5 ^e » 37°3. » 84.
2 ^e » 38°1. Pouls : 118.	6 ^e » 38°1.
3 ^e » 38°2. » 100.	7 ^e » 37°.
4 ^e » 38°2. Matin.	8 ^e » 36°4. M.

8 ^e jour : 38°	S.	13 ^e jour : 37°	M.
9 ^e » 37° ₂ .		» » 38°	S.
10 ^e » 36° ₄ .	M.	14 ^e » 37°	
» » 37° ₂ .	S.	15 ^e » 38° ₂ .	
11 ^e » 37°	M.	16 ^e » 37°	M.
» » 37° ₄ .	S.	» » 37° ₃ .	S.
12 ^e » 36° ₄ .	M.	17 ^e » 37°	
» » 37° ₂ .	S.	Toujours normale jusqu'à la sortie.	

Examen du fœtus. Poids, 2440 gr. Longueur 50 centimètres. Il présente une coloration rosée, brunie un peu au niveau de la face ; il présente à l'index de la main gauche et sur la face de la main droite, une vésicule pleine d'un liquide séro-sanguinolent ; tout le reste de la surface du corps ne présente aucune trace de macération.

L'épiderme paraît très adhérent aux tissus sous-jacents. Les téguments présentent une consistance cireuse, ferme, gardant la dépression du doigt, sensation du cuir dur, moulé sur tout le corps. A la coupe du tissu cellulo-gras sous-cutané est dense, épais, rappelant plutôt l'aspect de ces tissus chez un adulte gras.

La tête est couverte de matière sébacée. Le thorax est déprimé au niveau du sternum.

Le pouce de la main droite n'est retenu à la main que par un mince pédicule.

Les poumons paraissent sains : ils ont une consistance plus molle qu'à l'ordinaire, il y a un liquide séro-sanguinolent dans la plèvre.

Le cœur est flasque, vide, couleur feuille morte.

Le thymus est plutôt petit.

L'intestin est mou, ratatiné, vert, comme baignant dans du meconium.

Le foie est vert diffus.

La rate de même.

Les reins ramollis.

Il y a sous les téguments du crâne un épanchement séreux contenant des traces de sang : Les pariétaux chevauchent et ne sont plus reliés entre eux, au niveau du vertex, par des aponeuroses, il n'y a qu'à les soulever pour découvrir le cerveau : mou, très diffus. En résumé, macroscopiquement les viscères

paraissent avoir subi un travail sur la nature duquel il est difficile de se prononcer, mais qui ne ressemble pas à cette fonte colloïde des organes que l'on trouve chez les fœtus macérés.

Aucun de ces organes n'a donné la réaction amyloïde (1).

Le placenta avait la consistance d'une pierre : odeur normale, rien de particulier, couleur vert-jaune peu accentuée, membranes déchirées.

Cordon : volume moyen ; longueur, 54 centim.

Dans cette observation intéressante au point de vue scientifique et au point de vue pratique, nous voyons qu'il s'agit d'une grossesse ou plutôt d'une rétention fœtale extrêmement prolongée.

Cette gestation a duré 12 mois et demi, à partir de la dernière époque menstruelle, comme on peut l'établir d'après la date des dernières règles, et d'après les mouvements actifs du fœtus qui ont été perçus par la femme d'une manière bien nette le 15 septembre 1892 (c'est-à-dire vers 4 mois et demi).

D'après le dire de la femme, qui a cessé de sentir remuer son enfant à partir du 15 février 1892, et aussi d'après d'autres renseignements, le développement et l'examen nécroscopique du fœtus que nous venons de donner, je crois que nous sommes en droit d'admettre qu'en réalité ce fœtus a succombé dans la cavité utérine, à terme, c'est-à-dire vers le 9^e mois, et qu'il a été retenu pendant plus de trois mois.

Nous voici donc en présence d'une grossesse extrêmement prolongée.

Cette observation, comme nous l'avons déjà dit, est intéressante au point de vue scientifique, car elle vient avec d'autres confirmer que chaque prétendue grossesse a ses causes et que ces causes sont tantôt très manifes-

(1) L'examen histologique sera publié ultérieurement.

tes, grossières en quelque sorte, bien en relief (comme dans le présent cas), tantôt trompeuses, insidieuses et risquant fort, par conséquent, de passer inaperçues ; c'est alors qu'il faut toujours, en face de la moindre hésitation, chercher à ne point tomber dans l'erreur.

Dans cette observation les causes de cette extrême prolongation sont bien nettes ; et, en effet, nous sommes en présence d'un fœtus qui a succombé dans le sein maternel à terme ; et si, en général, les fœtus morts dans la cavité utérine sont expulsés après un temps plus ou moins long, mais qui ne dépasse pas le terme normal, il n'en est pas de même lorsque, à cet accident, s'y ajoutent d'autres, qui créent un obstacle mécanique à la sortie du fœtus mort et déterminent ainsi une rétention prolongée de celui-ci, comme dans le cas du Dr Menzies, comme dans l'observation du Professeur Hergott, dans celle du Professeur Pinard, etc.

D'après l'examen clinique avant et après l'accouchement, nous voyons que nous sommes en présence d'une tumeur, d'un fibrome du segment inférieur et du col de l'utérus. Nous supposons que le fœtus a succombé par suite d'un décollement placentaire, du reste bien acceptable vu l'influence que ces tumeurs exercent sur l'utérus gravide et par suite sur le placenta, sur le fœtus ; que ce fœtus, une fois mort, a été retenu dans la cavité utérine par l'obstacle mécanique, qui siégeait au niveau du col et du segment inférieur.

Cette observation est en outre intéressante par l'existence d'une tumeur de la région thyroïdienne, qui paraissait nettement abcédée avant l'intervention ; cette tumeur a diminué peu à peu de volume pendant les jours qui ont suivi l'intervention obstétricale.

CHAPITRE IV

Quelques mots sur les difficultés du diagnostic.

La lecture de l'observation du professeur Hergott et la constatation par nous-même des difficultés que présentait le diagnostic dans le cas du professeur Pinard, nous a permis de reconnaître les sérieux embarras qu'éprouve l'observateur aux prises avec des faits de ce genre, il serait donc bon de pouvoir faire un exposé des diagnostics différentiels qu'on a à discuter dans cette occurrence.

Mais malgré notre désir, nous n'avons pas la prétention de toucher une question si délicate et difficile.

Par conséquent, sans entrer dans la discussion d'une telle entreprise, qu'il nous soit seulement permis de dire quelques mots sur les points litigieux, d'exposer quelques faits cliniques à propos de notre observation, et d'attirer l'attention sur les principaux éléments qui peuvent, cela nous semble, nous amener dans la voie du diagnostic si difficile, sinon impossible.

Reprenons, par exemple, l'observation publiée par le professeur Hergott. Dans son premier examen, il posa le diagnostic : « Grossesse utérine », compliquée de fibrome. Peu de temps après, égaré par une autre série de symptômes obscurs et variés, il change d'avis, et au moment

même de l'opération il s'exprime ainsi : « Nous allions enfin savoir si le fœtus était retenu dans la cavité utérine, comme nous l'avions pensé à l'entrée de M^{me} E.... dans notre service, ou si nous avions affaire à une grossesse extra-utérine, ainsi que certains symptômes récents que je viens de rapporter étaient de nature à nous le faire supposer.. »

Voilà donc à quelle perplexité a été successivement en proie ce distingué accoucheur ; et cependant le cas de M. le professeur Hergott était moins difficile que le nôtre, car on était sûr au moins que M^{me} E.... était enceinte ; par conséquent, on n'avait à discuter que ces deux diagnostics.

Savoir : La grossesse utérine compliquée de fibrome, et la grossesse extra-utérine. Tandis que dans le cas du professeur Pinard dont nous avons été témoin, on se trouvait en face de difficultés dont on se rendra compte en parcourant cette observation, que nous allons résumer en quelques mots :

« Femme multipare toujours bien réglée. Constitution »
» bonne. Dernières règles du 5 au 10 mai 1892. Mouve- »
» ments actifs le 7 septembre 1892. Comme accidents et »
» complications : nausées et vomissements au début. Depuis »
» le 25 février 1892, elle ne sent plus remuer son enfant. »
» Le 26 février, hémorrhagie pendant la nuit, apparue »
» brusquement sans douleurs, cessée au bout de quinze »
» minutes, pas de difficultés pour aller à la garde-robe.

» Quelques difficultés à la miction ; à l'examen obsté- »
» trical, on constate par la palpation une tumeur en »
» diagonale dure, irrégulière, immobile ; au toucher on »
» trouve un col élevé, très haut situé. Rien à l'excavation. »

» Nous voyons donc que de l'interrogatoire on n'a obtenu

» que deux renseignements, savoir : La date des dernières
» règles et l'époque des mouvements actifs du fœtus
» chez une femme qu'on ne connaissait pas son histoire,
» ni le début, ni l'évolution, qu'on n'avait jamais vue,
» mais qui s'est présentée à la clinique douze mois et
» demi après la date de ses dernières règles. »

De l'examen clinique, on n'a non plus rien obtenu de précis, rien de caractéristique.

Dans ces conditions, le diagnostic était très discutable, et en effet, en face de telles difficultés, trois questions pouvaient se poser :

1° Si la femme est enceinte de fœtus mort, et retenu dans la cavité utérine, c'est-à-dire s'il s'agit d'une rétention fœtale prolongée ?

2° Si la grossesse se compliquait d'une tumeur ?

3° S'il s'agissait d'une grossesse extra-utérine ? Prenons d'abord la première de ces trois questions, et discutons-la ; en acceptant cette hypothèse, savoir si la femme était enceinte d'un fœtus mort et retenu. En admettant les renseignements fournis par l'interrogatoire, on se trouvait en face d'une rétention fœtale extrêmement prolongée ; or, cette extrême durée, nous ne la croyons possible que dans le cas d'obstacle mécanique (cancer du fibrome). Néanmoins, il fallait trouver des preuves par cette conjecture. Et d'abord, il fallait de toute évidence avoir recours à la palpation, mais si dans le plus grand nombre de cas cette seule exploration donne au diagnostic une grande facilité, et pour cela nous n'avons qu'à consulter le remarquable traité du professeur Pinard, sur le palper abdominal, pour voir que grâce à une palpation méthodique, grâce à quelques signes spéciaux bien indiqués dans le dit traité, on arrive, même par cette seule exploration bien faite, à

faire le diagnostic, il n'en est pas toujours cependant ainsi lorsqu'on est en face de certains cas spéciaux, lorsque le fœtus a succombé depuis déjà un certain temps, lorsque le liquide amniotique s'est déjà résorbé, lorsque enfin, comme dans le cas qui nous occupe, la rétention fœtale se complique encore de tumeur, lorsqu'on ne peut percevoir et préciser aucun signe caractéristique, ainsi que le démontre de la façon la plus nette une observation célèbre, due à M. le professeur Pinard, et observée par lui en 1878, alors chef de clinique à la Maternité, où il a pu le premier, grâce à un signe d'une haute importance, se mettre sur la voie du diagnostic, et se prononcer pour l'existence d'une rétention fœtale. »

Cette observation prouve de la façon la plus nette que le diagnostic est quelquefois difficile sinon impossible, même lorsque le fœtus est mort dans la seconde moitié de la grossesse ; mais ces cas où les difficultés sont si grandes, qu'elles peuvent mettre en défaut l'expérience la plus consommée, sont rares, et c'est généralement du quatrième au sixième mois, qu'on peut les rencontrer.

Eh bien ! un de ces cas les plus difficiles fut celui qui nous occupe, non pas parce que le fœtus a succombé au quatrième ou au sixième mois (car il est mort à terme), mais parce que la rétention fœtale si prolongée, se compliquait en même temps de tumeur fibreuse, parce que, à raison de cette durée considérable de rétention, il n'y avait pas de traces de liquide amniotique, parce que la tumeur était extrêmement dure, immobile, ne pouvant pas délimiter l'utérus n'ayant pas aucune sensation précise caractéristique, ni de contenu, ni de contenant.

Il faudrait donc chercher d'autres signes, par exemple

la crépitation osseuse, cette sensation caractéristique due au chevauchement et au frottement des os du crâne, les uns sur les autres, signes importants et caractéristiques de rétention fœtale.

Mais on ne pouvait par aucun moyen arriver à déterminer ce signe capital. Il en était aussi de même des mouvements passifs du fœtus, c'est-à-dire cette sensation d'un corps solide plongeant dans un liquide, n'existait pas.

En défaut de ces signes de certitude dont la constatation pouvait seule confirmer l'existence d'une rétention fœtale, il ne restait qu'un seul moyen, c'était le toucher digital, intra-utérin. Mais le col était dur, d'une dureté ligneuse : du reste peu accessible, par conséquent toute exploration de ce genre devenait impossible. D'où pas de diagnostic solide. Il fallait penser aussi à la grossesse extra-utérine avec fœtus mort et retenu, car il existe des cas, quoique rares, où on peut avoir une grossesse extra-utérine évoluant jusqu'à terme sans qu'il survienne le moindre accident, et se comportant, par conséquent, comme une grossesse utérine. Le professeur Pinard en a rapporté des cas de ce genre-là.

Mais, nous le répétons, des faits de ce genre sont très rares ; de plus, on ne pouvait pas penser à la grossesse extra-utérine, car, dans ces conditions, le produit de sa conception est immobile, tandis que chez cette femme on arrivait à produire quelques mouvements.

Puis pas de règles, depuis que la femme n'avait pas senti les mouvements actifs du fœtus, ou s'il existait une grossesse extra-utérine, alors notre malade aurait eu ses règles depuis la mort supposée du fœtus, il restait donc la troisième hypothèse, savoir s'il s'agissait d'une tumeur et surtout d'un fibrome.

Mais en dehors de quelques difficultés à la miction pendant la grossesse, la femme n'avait accusé aucun autre symptôme, ni avant ni pendant la grossesse, cependant il y a eu un grand nombre de tumeurs fibreuses même assez volumineuses, qui n'ont jamais donné lieu à aucune espèce d'accident, il y a eu des fibromyomes surtout les sous-péritonéaux, qui ont acquis un assez grand volume sans même attirer l'attention des malades. Enfin, sans entrer dans la discussion du diagnostic différentiel, car nous n'avons pas la prétention de toucher une question si délicate et si difficile, sinon impossible, en présence des cas semblables nous dirons seulement que par la discussion de ces trois questions après diverses réflexions, en prêtant un peu d'attention aux renseignements fournis par l'interrogatoire de la femme, qui prétendait avoir eu ses dernières règles du 5 au 10 mai 92 et qui affirmait avoir senti les mouvements actifs du fœtus le 15 septembre, qu'elle avait cessé de les sentir juste à la fin du neuvième mois.

Vu la consistance du col qui était dur, ligneux ; en rejetant l'idée de grossesse extra-utérine :

1^o Parce que la femme a été toujours bien portante ;

2^o Parce que son ventre, d'après son dire, avait plutôt beaucoup diminué au lieu d'augmenter.

On avait plutôt à se demander si on se trouvait en face d'une grossesse utérine, avec fœtus mort et compliquée de tumeur ; telle était donc l'idée, le diagnostic posé par le professeur Pinard. Mais comme le cas était urgent et les circonstances pressaient, on a voulu, avant d'entreprendre une intervention, avoir une idée absolument nette et sûre du diagnostic, et, pour cela, le professeur Pinard se

décide à examiner la femme sous le chloroforme, le toucher intra-utérin ne fit que confirmer son diagnostic, c'est-à-dire qu'on était en présence d'une femme enceinte de douze mois et demi environ, avec fœtus mort, et atteinte de fibrome du col. En d'autres termes, qu'il s'agissait d'une rétention fœtale excessivement prolongée compliquée de fibrome.

CHAPITRE V

Conduite à tenir dans la rétention du fœtus mort et retenu dans la cavité utérine.

Sur le point de terminer ce travail, nous croyons utile d'y ajouter quelques mots sur une intéressante question de pratique : savoir quelle est la conduite qu'il faudrait suivre en cas de rétention fœtale utérine ?

Ce que nous allons exposer a uniquement trait à ce qu'il convient de faire dans les circonstances suivantes : rétention fœtale en général : (rétention fœtale simple, si nous pouvons l'appeler ainsi, accident assez fréquent) et non prolongée et compliquée d'un obstacle (cancer ou fibrome), car dans ce cas-là le traitement et la conduite à tenir sont tout différents et varient suivant les circonstances.

Donc nous le répétons : le traitement varie suivant ces cas.

« Pour répondre à cette question, nous dit M. le professeur Pinard, il est nécessaire de savoir ce que devient
» le fœtus mort et retenu dans la cavité utérine, de plus
» ce qui se passe du côté de l'organisme maternel. »

Il nous faut donc la connaissance préalable de ces deux points.

1° Les modifications et transformations du côté de l'organisme fœtal.

2° Les phénomènes et symptômes observés dans ces conditions du côté de l'organisme maternel.

Pour l'étude complète de ces points si intéressants, nous croyons devoir renvoyer au *Dictionnaire des sciences médicales*, l'article *fœtus* fait par M. Pinard, à son remarquable traité de palper abdominal, ainsi qu'à la *Revue d'obstétrique et hygiène de l'enfance*, 1890.

Par conséquent, nous entrerons tout de suite dans la question qui nous occupe, — c'est-à-dire le traitement — et pour cela nous ne pouvons mieux faire que d'exposer le résumé d'un article si magistralement fait par M. Pinard, en 1890, dans la *Revue d'obstétrique*, etc.

Ce qu'on peut affirmer tout d'abord, c'est que la conduite à tenir en face d'une rétention fœtale utérine varie suivant le cas : car on peut être appelé dans les quatre circonstances suivantes :

- 1° Fœtus mort, œuf intact, pas de début de travail.
- 2° Fœtus mort, œuf intact, début de travail.
- 3° Fœtus mort, œuf ouvert, pas de début de travail.
- 4° Fœtus mort, œuf ouvert, début de travail.

Examinons donc la conduite à tenir pour chacun de ces quatre cas.

a) Conduite à tenir quand le fœtus est mort, l'œuf intact, et qu'il n'y a pas de début de travail.

Dans ce cas, l'expectation absolue est la règle : il ne faut rien faire. Toute intervention médicale ou toute tentative opératoire est mauvaise, dangereuse : ce qu'il faut

éviter, c'est la rupture prématurée des membranes, c'est-à-dire l'ouverture de l'œuf.

Donc abstention complète, quelle que soit la durée de la rétention,

Cette rétention peut durer pendant un temps plus ou moins long : deux, trois et même quatre mois. Mais d'une façon générale, quelle que soit l'époque de la mort du fœtus, on ne peut dire avec précision quand son expulsion aura lieu. Cependant, connaissant que le fœtus mort ou vivant ne séjourne plus de neuf mois environ dans la cavité utérine, à moins d'obstacle mécanique, cancer ou fibrome (comme dans notre observation), on pourra se livrer à une évaluation approximative, mais il ne faut se prononcer quand cette expulsion aura lieu. Il est absolument inutile, après avoir établi le diagnostic de fœtus mort, de faire suivre à la femme un régime particulier — car aucun symptôme morbide ne se produit chez elle, quelle que soit la durée de la rétention, pourvu que les membranes soient intactes. On a vu des femmes vaquer à leurs occupations habituelles pendant des mois, en ayant dans la cavité utérine des fœtus macérés, sans éprouver aucun inconvénient — (exemple notre femme X., qui a gardé son fœtus mort à terme 3 mois et demi sans éprouver le moindre symptôme).

Par conséquent les craintes exprimées jadis par des anciens accoucheurs en face de la rétention fœtale étaient absolument chimériques. Si des phénomènes septiques se montrent, on peut affirmer ou bien que les membranes ne sont plus intactes ou bien que la rétention fœtale n'est pas utérine, mais bien extra-utérine, car alors dans cette condition des phénomènes de putréfaction se

montrent dans le kyste fœtal, bien que les parois de ce kyste soient restées intactes.

Une fois le diagnostic de rétention fœtale utérine fait, il faudra absolument s'abstenir, comme nous l'avons dit, de tout traitement médical sous le prétexte de provoquer l'expulsion qui, par les moyens dits médicaux, est impossible; — il faut s'abstenir de toute tentative opératoire, qui, elle, est efficace, mais funeste, pouvant déterminer la rupture prématurée des membranes, c'est-à-dire l'ouverture de l'œuf.

Cependant il y a un traitement prophylactique à appliquer, qui a pour but de rendre le vagin antiseptique.

Sachant donc que le vagin peut contenir des germes pathogènes; connaissant la facilité avec laquelle un fœtus mort et macéré se putréfie dès qu'il est au contact avec ces germes de la putréfaction, sachant que les membranes peuvent se rompre prématurément, il est absolument nécessaire de prévenir tout accident en suivant ce traitement prophylactique, qu'il ne faut pas négliger à aucun prix.

Pour cette antiseptie vaginale il faudra avoir recours aux irrigations antiseptiques, qui doivent être faites matin et soir. Comme antiseptiques on peut se servir des sels de mercure, des iodures et bichlorures.

Mais si ces sels sont les plus puissants parmi des antiseptiques, ils peuvent être dangereux, surtout dans certaines conditions, surtout lorsqu'il s'agit de faire un long usage, lorsque, par exemple, les irrigations doivent être répétées d'autant plus que la rétention sera plus longue.

Par conséquent, nous conseillerons la pratique de M. Pinard, c'est-à-dire n'employer que pour le premier

jour seulement (pour deux irrigations), l'un de ces deux sels de la façon suivante :

R. Biiodure de mercure.....	0,50 centigr.
Iodure de potassium.....	1 gramme.
Eau chaude.....	2 litres.
Pour une irrigation.	

Ou bien :

R. Bichlorure de mercure.....	0,50 centigr.
Alcool.....	50 » gram.
Eau chaude.....	2 litres.

Comme nous avons dit on ne devra employer ces solutions hydrargyriques qu'un seul jour seulement. Ensuite on aura recours aux solutions naphtolées ou phéniquées dans les proportions indiquées ci-dessous :

R. Naphtol β	0,50 centigr.
Eau chaude.....	2 litres.

Ou bien :

R. Acide phénique.....	20 grammes
Essence de Thym.....	20 gouttes
Alcool.....	40 grammes
Eau.....	2 litres.

Ne jamais employer, en cas d'albuminurie, même pour une seule fois, soit le biiodure, soit le bichlorure de mercure. Ces injections sont dangereuses chez les albuminuriques.

Dans ce cas-là il faudra se contenter soit des injections au naphtol, soit des injections à l'acide phénique au centième.

b) Conduite à tenir quand le fœtus est mort, l'œuf intact, et qu'il y a début de travail.

Cette conduite nous pouvons la résumer dans ces trois propositions :

1° Tout faire pour rendre l'antisepsie aussi sévère que possible — et les détails nécessaires pour que l'antisepsie et l'asepsie soient complètes, nous sont déjà connus ; nous n'insisterons pas.

2° Tout faire pour éviter la rupture prématurée des membranes, et pour cela il faut bien se rappeler qu'on ne doit, pendant la période de dilatation, pratiquer le toucher que rarement et pour suivre les progrès de cette dilatation ; il faut donc surtout où il s'agit de fœtus mort, se dispenser le moins possible de cette pratique, et le pratiquer toujours dans l'intervalle des contractions. Sans cela, si on le pratique au moment des contractions, on courrait le risque de rompre les membranes qui, dans le cas de fœtus mort, quelle que soit la présentation, forment hernie à travers de l'orifice utérin, et cette hernie constitue ce qu'on appelle la poche en boudin ou la poche en sablier.

Évitons donc de rompre prématurément cette poche.

Quand la rupture des membranes se produit, soit intempestivement, soit prématurément, on doit tout de suite faire une injection vaginale antiseptique chaude et couvrir la vulve avec une compresse trempée dans une solution antiseptique.

Pour hâter le travail « les irrigations chaudes doivent seules être employées. » Ces irrigations, si le travail marche régulièrement, doivent être répétées toutes les heures. Mais si le travail traîne en longueur, si les contractions utérines sont faibles, rares et irrégulières, il faudra remplacer ces irrigations vaginales par des injections

intra-utérines, répétées aussi toutes les heures, et faites avec un liquide, bien entendu, antiseptique.

Quand l'expulsion de l'œuf se fait en un seul temps, la conduite à tenir après cette expulsion en bloc est à peu près la même que celle qu'on doit suivre après un accouchement normal. Seulement les précautions antiseptiques seront plus sévères en raison de la rétention presque constante d'une partie des membranes.

Mais quand l'expulsion se fait en deux temps, alors la conduite à tenir pendant la période de délivrance présente quelques particularités.

Dans ce cas-là il y a toujours rétention des membranes : Les maternelles manquent presque toujours, même dans une délivrance absolument spontanée, il en est de même des membranes fœtales ; il faudra donc après l'expulsion fœtale, et pendant la période de la délivrance, être plus sobre que jamais de tractions intempestives. On se contentera donc, après l'expulsion fœtale, de donner tout simplement une irrigation vaginale antiseptique chaude, après on attendra jusqu'à ce que le placenta soit absolument décollé et engagé spontanément et complètement dans le vagin pour exercer des tractions sur le cordon.

S'il y a retard dans la délivrance, nous devons nous borner tout simplement à des injections intra-utérines toutes les demi-heures en moyenne, la délivrance ainsi pratiquée se fait dans les trois quarts d'heure après l'accouchement, mais il y a aussi de nombreuses exceptions. Si après la délivrance on constate en examinant le placenta, qu'une partie ou la totalité des membranes sont restées dans la cavité utérine, on ne doit faire aucune manœuvre ayant pour but la recherche de ces mem-

branes. Il faut tout simplement se contenter de faire des irrigations vaginales ou intra-utérines qui seront à prévenir ou à faire disparaître tout accident pendant les suites de couches.

Dans le cas où le placenta ne se décolle pas malgré les irrigations vaginales et intra-utérines, il ne faut pas hésiter, on doit intervenir en pratiquant la délivrance artificielle.

Le moment de cette intervention est presque impossible à préciser d'avance. Cependant, si déjà pendant le travail des phénomènes de putréfaction se montrent, il faudra intervenir de suite ou tout au moins dans la première heure qui suivra l'expulsion ou l'extraction du fœtus putréfié.

Si, au contraire, le fœtus est expulsé, simplement macéré, on pourra et on devra attendre plus longtemps.

Cette intervention, quel que soit l'âge de la grossesse, doit toujours être la même, c'est-à-dire qu'elle doit être manuelle ou digitale.

En introduisant toute la main dans la cavité utérine, il faut aller chercher le placenta, et le décoller à l'aide ou de la main ou des doigts.

Si l'âge de la grossesse ne permet pas l'introduction de toute la main dans l'utérus, on introduira la main dans le vagin et un ou deux doigts dans l'utérus, et alors, en abaissant l'utérus avec l'autre main placée sur la paroi abdominale, l'exploration de l'utérus et le décollement du placenta deviennent assez faciles.

Si l'orifice de l'utérus est déjà revenu sur lui-même, ne permettant pas l'introduction des doigts, il faudra introduire le ballon du Dr Champrier de Ribes et rapidement on aura une dilatation suffisante.

c) Conduite à tenir quand le fœtus est mort, l'œuf ouvert, et qu'il n'y a pas début de travail.

En face de ce cas, l'intervention devient pour ainsi dire d'urgence ; il ne faut pas attendre le début des accidents pour intervenir. Il faut provoquer le travail.

Après avoir donc fait une antiseptie rigoureuse du canal vaginal ou utéro-vaginal, on doit introduire le ballon Champrier, et en quelques heures, la dilatation sera suffisante pour permettre l'expulsion ou l'extraction.

On se conduira ensuite comme nous l'avons dit précédemment.

d') Conduite à tenir quand le fœtus est mort, l'œuf ouvert et qu'il y a début de travail.

Ici la conduite peut se résumer ainsi : accélérer autant que possible le travail, faire ce que nous connaissons déjà, c'est-à-dire injections vaginales antiseptiques chaudes.

Ou si elles sont inefficaces, pratiquer des injections extra-utérines.

Si ces dernières n'amènent aucun résultat, si des phénomènes de putréfaction s'observent, il faudra introduire le ballon Champrier de Ribes.

Tels sont les préceptes que nous avons cru utile de donner sur cette importante question de pratique.

Nous nous sommes inspiré dans leur rédaction de l'enseignement oral et de la pratique de M. le professeur Pinard, et nous avons pu en reconnaître la justesse et l'efficacité par les résultats heureux que nous avons vu se produire à la suite de leur application.

Notre excellent maître avait du reste exposé ce que nous venons de dire, dans un article paru dans la *Revue pratique d'obstétrique et hygiène de l'enfance*, en février 1890.

CONCLUSIONS

1° La grossesse physiologique prolongée n'existe pas. Les affirmations contraires sont dues à une fausse interprétation des faits.

2° Il n'existe de grossesses prolongées ou pour mieux dire de rétentions fœtales que dans les cas où l'utérus est le siège de tumeur pathologique, tels que cancers, corps fibreux, ou dans les cas de grossesse extra-utérine.

3° La rétention fœtale prolongée, compliquée de tumeur, rend le diagnostic fort difficile et nécessite l'exploration digitale intra-utérine, après anesthésie chloroformique.

4° Dans les cas de rétention fœtale, quelle qu'en soit la durée, les dangers véritables ne surviennent que lorsque l'œuf est ouvert : c'est alors que l'on doit intervenir.

Vu par le Président de la Thèse,
PINARD.

Vu :
Le Doyen
D^r BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HIPPOCRATE. — Traité de la naissance de l'enfant, t. VII, § 30, traduction Littré.
- ARISTOTE. — Histoire naturelle des animaux, t. I, p. 431.
- ESDRAS (d'). — Apocalypse, § II, v. 48 et 49.
- AMBROISE-PARÉ. — Œuvres complètes.
- GUILLEMEAU. — Œuvres de Guill., p. 212.
- MAURICEAU. — Traité des accouchements.
- BAUDELOCQUE. — Traité de l'art obstétrical. 1796.
- CAPURON. — Médecine légale relative aux accouchements. Paris, 1821.
- ROEDERER. — Éléments de l'art obstétrical. 1759.
- LOUIS. — Mémoire contre la légitimité des naissances prétendues tardives. Paris, 1764.
- TEISSIER. — Mémoire à l'Académie des sciences. 1819.
- VELPEAU. — Mémoire contre le faux travail de l'enfantement. 1829. Bibl. médicale.
- Traité complet de l'art obstétrical. Paris, 1835.
- SCANZONI. — Manuel pratique et théorique de l'art obstétrical. Trad. Picard, 1860.
- NOEGELÉ. — Traité pratique des accouchements. Trad. Hubenas. Paris, 1869.
- BERTHOLD. — De la durée nominale de la gestation. Acad. Méd. Paris, 1844.
- DUNCAN. — Durée de la grossesse et son évolution. In Edinburgh. Med. j. novemb. 1836.
- VEÏT. — Verh. d. ges. f. geb. In Berlin. Heft. 7, 1853.
- REID. — De la durée de la gestation. The Lancet. 1850.
- HECHER. — Klinik. d. geb., p. 33. 1861.
- MATTEÏ. — Mémoires Acad. Médecine. Paris, 1863.
- Clinique obstétricale, vol. III, p. 527, vol. II. 1881.
- Annales de gynécologie. 1876, t. VI, p. 37.

- CAZEAUX. — Traité de l'art des accouchements.
- DUBOIS. — Diction. de 30 vol. article grossesse, t. XIV. 1836.
- CASPER. — Médecine légale. 1876 et 1880.
- TAYLOR. — Médecine légale. Paris, trad. Contagne. 1881.
- FODÉRÉ. — Traité de médecine légale, t. I. Paris, 1813.
- SIMPSON. — Leçons de clinique obstétricale. Trad. Chantreuil, 1874.
- LEMPEREUR. — Thèse Paris, 1867.
- STOLTZ. — Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie, article grossesse, t. XVII. 1873.
- DEPAUL. — Leçons de clinique obstétricale. 1872-76, p. 100.
- Bulletin Acad. Médecine. 1881.
- GASTON. — Thèse Paris, 1875.
- SCHMIT. — Thèse Paris, 1876.
- Archives de tocologie. 1876.
- VILLARD. — Thèse Paris, 1878.
- MULLER. — Thèse Nancy, 1877.
- CHANTREUIL. — Mémoire sur le cancer du col utérin. Paris, 1872.
- SROEDER. — Manuel d'accouchement. Traduction Charpentier. Paris 1875.
- PAJOT. — Traité des accouchements.
- TARNIER et CHANTREUIL. — Traité des accouchements. In. 2 vol.
- PINARD. — Dictionnaire des sciences médicales, t. XI. Article grossesse. Physiologie, pathologie ; grossesse compliquée, grossesse extra-utérine.
- Dictionnaire des sciences médicales. Article fœtus, t. II. Physiologie et pathologie.
- Traité du palper abdominal.
- Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance. Décembre 1889.
- Id. Janvier 1890.
- Id. Février 1890.
- PORAK. — Bulletin Société obstétricale. Paris, 1890.
- ESTACHY. — Critique médicale des grossesses dites prolongées. Marseille, 1881.
- BAR. — Thèse d'agrégation, 1886.
- RIBEMOND-LEPAGE. — Traité des accouchements. 1893, 1^{er} volume.

